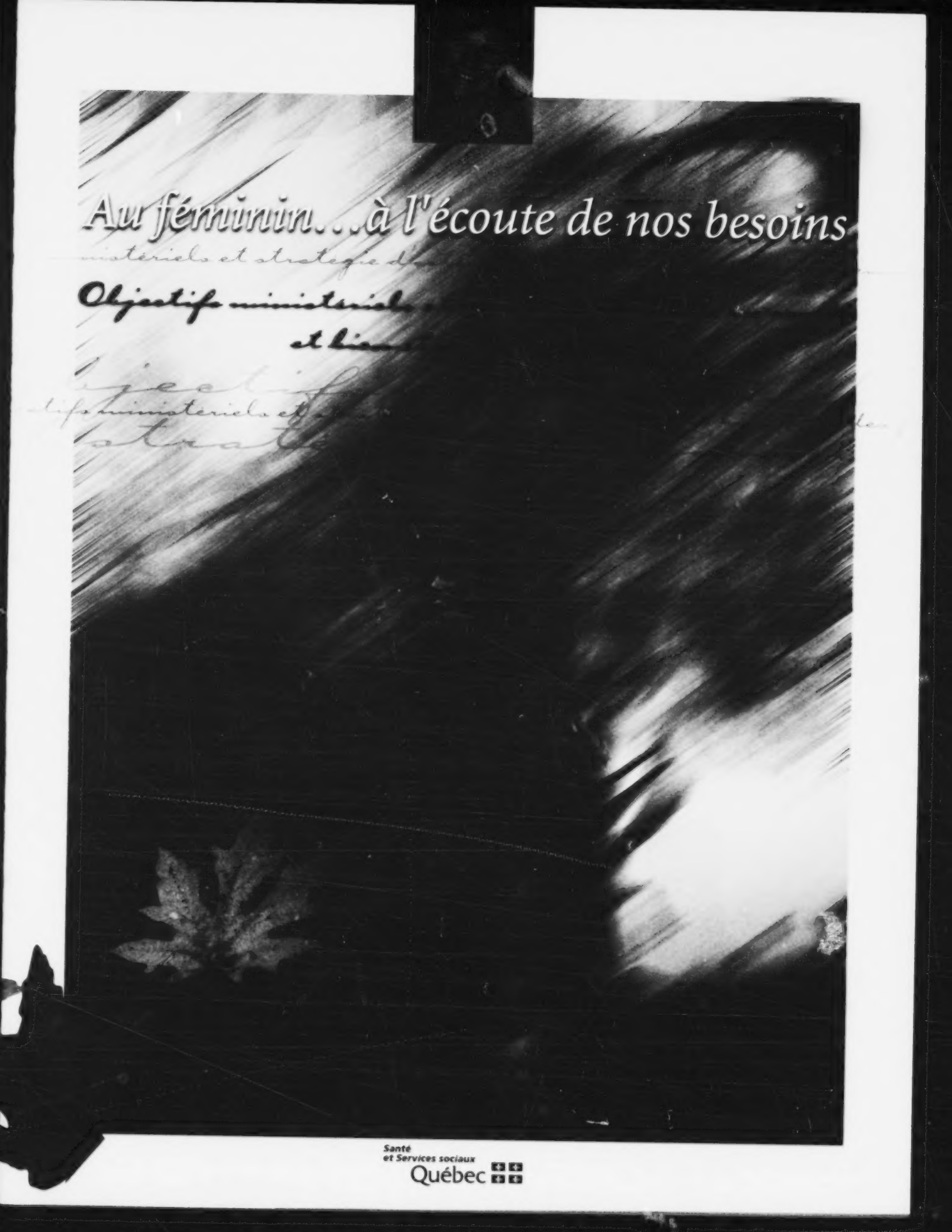


Santé
et Services sociaux
Québec

Au féminin... à l'écoute de nos besoins

Au féminin… à l'écoute de nos besoins.
Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes a été élaboré par :

Coordination, recherche et rédaction
Nicole Gravel

Recherche et rédaction
Annie Labranche et Nathalie Lévesque

Aide à la rédaction
Geneviève Laflamme

Sous la direction de
Jeannine Auger

Traitement de texte
Nicole Gingras

Conception graphique et mise en page
Idéation

Édition produite par
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande

par télécopieur : (418) 644-4574

par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca

ou par la poste : Ministère de la Santé
et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Ce document est disponible à la section documentation, sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-40167-0

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

103-03594/

Remerciements

La Direction de la coopération internationale et de la condition féminine tient à remercier les personnes suivantes qui ont collaboré à la rédaction de ce document :

Direction générale des affaires médicales et universitaires
Lise Lacroix et Marie Rochette,
« cancer »
Nicole Lefebvre,
« maladies cardiovasculaires »
Sylvie Bernier et Nicole Gauthier,
« féminisation de la médecine »
Lise Caron et Ronald Moisan,
« formation médicale et effectifs médicaux »

Direction générale des affaires ministérielles et extraministérielles
Sarah Clément,
« affaires autochtones »
Jacques Lefebvre et Carole Girard,
« communautés culturelles »

Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information
Pauline Bégin, Dominique Boucharb,
Lysette Trahan et Nelson Poitvin,
« évaluation de la prestation des services offerts »
May Clarkson,
« violence »
Lise Dunnigan,
« évaluation des orientations en matière de planification des naissances »
Marie-Christine Lamarche,
« médecine génétique »
Madeleine Rochon,
« gestion de l'information en planification des naissances »
Hervé Anctil,
« proches aidantes »
Thomas Antil,
« dossier recherche »

Direction générale de la santé publique
Lyne Jobin,
« périnatalité »
Claire Milette,
« promotion de la santé des femmes »
Monique Imbleau,
« MTS-Sida »
Lise Tremblay,
« tabagisme »
Patricia Goggin,
« cancer du sein »
Sylvie Veilleux,
« sédentarité »
Brigitte Lachance,
« prévention des maladies cardiovasculaires, image corporelle, obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids »

Direction générale des services à la population
Manon Fontaine et Pierrette Fortier,
« grossesses à l'adolescence »
Louise Guay et Monique Séguin,
« périnatalité »
Marie-José Ouellet,
« financement des organismes communautaires »
Christine Pakenham,
« sages-femmes et planification des naissances »
Marie-Blanche Remillard,
« femmes âgées »
Marie-Thérèse Roberge,
« santé mentale »
Anne Robitaille et Micheline Genest,
« violence »
Guy Mercier,
« suicide »
Paul Roberge,
« toxicomanies »

Direction générale des politiques de main-d'œuvre
Lucie St-Amant,
« planification de la main-d'œuvre du réseau »

Responsables des dossiers de condition féminine des régies régionales pour leurs conseils et leurs avis

Marguerite Fournet,
RRSSS du Bas-Saint-Laurent
Josette Tardif,
RRSSS de Québec
Roselyne Collard,
RRSSS de l'Estrie
Françoise Alarie et Monique Tessier,
RRSSS de Montréal-Centre
Gail Hawley McDonald,
RRSSS de l'Outaouais
Christiane Ouellette,
RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue
Guylaine Morin,
RRSSS de Chaudière-Appalaches
Louise Desrosiers et Sylvie Tremblay,
RRSSS de Laval
Nicole Guindon,
RRSSS de Lanaudière
Diane Cossette,
RRSSS de la Montérégie
Mireille Bilodeau,
RRSSS du Nunavik
Isabelle Côté,
RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Angeline Godin,
RRSSS de la Gaspésie – Iles-de-la-Madeleine

La direction tient à exprimer sa gratitude aux personnes suivantes qui, grâce à leur expertise, ont commenté la rédaction de ce document :

Lucie Corriveau, Hélène Massé
et Ginette Massé,
Secrétariat à la condition féminine
Betty Guedi, Josée Néron
et Nicole Legendre,
Conseil du statut de la femme
Sylvie Bourque,
Fédération des ressources d'hébergement pour les femmes violentées et en difficulté
Louise Riendeau,
Regroupement des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale
Michèle Asselin,
L'R des centres de femmes du Québec
Fernande Ménard et Lise Lamontagne,
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
Nathalie Parent,
Fédération du Québec pour le planning des naissances
Hélène Cornellier,
Association féminine d'éducation et d'action sociale
Line Levesque et Lorraine Fontaine,
Naissance-Renaissance
Carole Tremblay,
Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel

Message du ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention

Depuis l'acquisition du droit de vote des femmes, en 1940, la société québécoise a parcouru beaucoup de chemin vers l'égalité de fait entre les hommes et les femmes. Durant la Révolution tranquille, sous l'impulsion des féministes, les changements en matière de droits des femmes ont été spectaculaires. Les groupes communautaires féministes se sont alors structurés sur des questions d'éducation et d'action sociale, d'intégration au marché du travail, de violence conjugale, d'agression sexuelle, de défense des droits, de périnatalité, de planification des naissances, de santé et bien-être, etc.

À compter des années 70, l'appareil gouvernemental québécois a accompagné ces changements en mettant en place des structures destinées à soutenir les groupes communautaires féministes. Cet engagement de l'État a marqué significativement les avancées des femmes dans leur quête de l'égalité. À cet égard, c'est avec la création du Conseil du statut de la femme et la politique intitulée « Pour les Québécoises : Égalité et indépendance », qui fut la première politique se rapportant aux conditions de vie des femmes, que la véritable révolution tranquille au féminin s'engageait. La recherche de l'égalité de droits et de fait entre les hommes et les femmes s'inscrivait alors non seulement dans la vie quotidienne, mais également dans la dynamique même de l'État. Ainsi, plusieurs lois ont été revues et mises à jour, tandis que des politiques et programmes venaient baliser les actions auprès de la population féminine.

Grâce à cet effort conjugué, les Québécoises ont participé de plus en plus activement au marché du travail et, ainsi, ont pu améliorer globalement leur situation économique. Elles sont aujourd'hui bien loin de l'époque où elles devaient quitter le marché du travail lorsqu'elles prenaient mari ! Elles s'engagent politiquement aux instances locales et régionales tout comme à l'Assemblée nationale, ce qui facilite les ajustements légaux et administratifs nécessaires à l'atteinte de l'objectif d'une société plus égalitaire entre les femmes et les hommes. Elles se scolarisent davantage, de sorte qu'elles se retrouvent dans presque tous les secteurs de formation. Elles sont majoritaires aujourd'hui dans nos universités alors qu'elles représentaient le tiers de la clientèle étudiante universitaire des années 70.

Dans la foulée de ces avancées, la santé et le bien-être des femmes se sont également améliorés. L'espérance de vie des Québécoises est aujourd'hui l'une des meilleures au monde. Pour enrayer le fléau des cancers féminins, le gouvernement québécois n'hésite pas à investir dans des programmes nationaux de sensibilisation, de prévention et de dépistage précoce de ces maladies. Ainsi, nous constatons une importante diminution des décès liés au cancer du sein et au cancer du col de l'utérus. En contrepartie, les maladies cardiovasculaires et les cancers liés aux voies respiratoires augmentent puisque plusieurs femmes ont malheureusement adopté des habitudes de vie plus néfastes pour la santé, notamment en fumant et en se sédentarisant.

L'évolution est tout aussi notable en santé sexuelle et reproductive. En 1968, les hôpitaux québécois effectuaient les interruptions de grossesse uniquement lorsque la santé de la femme était en danger, et ce, sous la supervision de comités thérapeutiques. Ces comités ont été abolis en 1972 et, à compter de 1976, des cliniques en interruption de grossesse et en planification des naissances ont été mises sur pied. Aujourd'hui, les Québécoises peuvent

faire des choix libres et éclairés en ce qui a trait à la poursuite de leurs grossesses. En effet, les services d'interruption de grossesse sont disponibles sur tout le territoire québécois. Plusieurs régions ont également mis en place des cliniques répondant davantage aux besoins des jeunes. De plus, les jeunes filles ont accès à la pilule contraceptive d'urgence directement auprès de pharmaciens. La période entourant la grossesse et la naissance fait aussi l'objet d'avancées, notamment en ce qui concerne la pratique des sages-femmes. Cette nouvelle profession a vu le jour en 1999 et les travaux actuels visent à faciliter l'accouchement par une sage-femme, en maison de naissance, en centre hospitalier et à domicile. De nouvelles réalités ont aussi imposé des activités particulières à la réalité féminine : par exemple, les femmes enceintes atteintes du VIH-sida ont désormais accès à des interventions précoces.

À la fin des années 70, la violence conjugale et la violence sexuelle faites aux femmes étaient peu documentées. Au nom de principes complètement révolus, plusieurs pratiquaient la politique de l'autruche. Aujourd'hui, au Québec, ce comportement est devenu tout à fait inadmissible. En 1978, le Québec ne comptait que 14 maisons d'hébergement pour venir en aide aux femmes et aux enfants prisonniers d'une dynamique de violence conjugale. Ces maisons accueillaient environ 200 femmes par année. Après une agression sexuelle, les femmes avaient très peu de recours pour obtenir des services rapides et adaptés. Aujourd'hui elles peuvent, dans toutes les régions du Québec, frapper à plusieurs portes. Le personnel qui intervient auprès de ces femmes se concerte et travaille dans un même objectif. Une centaine de maisons d'hébergement, 121 centres de femmes, 30 centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, 13 groupes ESPACE, les CLSC et des centres hospitaliers offrent des services spécialisés à plus de 10 000 femmes et enfants par année. Les violences faites aux femmes sont maintenant dénoncées tant par les médias que par l'ensemble de la société québécoise.

De plus en plus de recherches et d'analyses permettent de raffiner les interventions afin d'améliorer nos réponses aux difficultés qu'éprouvent les femmes. La reconnaissance du chemin parcouru par les femmes vers l'égalité permet de mieux cibler les actions à poursuivre. Les changements de mentalité qui accompagnent l'évolution des femmes se concrétisent parfois lentement. De ce fait, la poursuite des engagements est essentielle pour que ces changements soient plus manifestes ou plus significatifs.

Roger Bertrand

Table des matières

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE
LES OBJECTIFS VISÉS JUSQU'EN 2009 3

DEUXIÈME PARTIE
LA STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006 7

OBJECTIF 1 : INTÉGRER LES BESOINS DES FEMMES À LA PLANIFICATION NATIONALE ET RÉGIONALE DES SOINS ET DES SERVICES 11
- L'analyse et l'intégration des besoins 13
- L'égalité des femmes en santé et bien-être 14

OBJECTIF 2 : ADAPTER DES SOINS ET DES SERVICES AUX BESOINS DES FEMMES 19
- Le vieillissement 21
- La périnatalité 22
- La planification des naissances 24
- La violence conjugale et sexuelle 26
- Les femmes tirant revenu d'activités sexuelles 28
- La santé physique 29
- Les habitudes de vie 32
- La santé mentale 35
- L'évolution de la prestation des services : ses effets sur les principales actrices 36

OBJECTIF 3 : AMÉLIORER NOTRE CONNAISSANCE DE LA POPULATION ET DE SES BESOINS 39
- Les jeunes femmes 41
- L'exploitation sexuelle 42
- Les alternatives à la médecine 42
- La reproduction humaine et la génétique 43
- La santé des populations et les transformations des milieux de vie et de l'environnement 44

CONCLUSION 47

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 51

LE RÉSUMÉ DES ACTIONS CORRESPONDANTES AUX ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE D'ACTION 2002-2006 55

Introduction

Afin d'accomplir sa mission auprès des Québécoises, le ministère est constamment allé au-delà de la démarche gouvernementale[1] en produisant des « tableaux de bord » de ses activités, témoignant ainsi son engagement envers les femmes. C'est dans ce contexte que les présents objectifs en santé et bien-être des femmes ont été retenus. Ils se greffent au *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Ils s'inscrivent également dans le processus structurel gouvernemental de modernisation de la fonction publique ainsi qu'aux modifications législatives entourant le domaine de la santé et du bien-être.

Au fil des ans, le ministère a clairement reconnu le lien entre les conditions de vie des femmes et leur santé. La situation sociale, économique et politique des femmes et leur réalité physiologique influencent leur rapport à la santé et au bien-être et le différencie de celui des hommes. Ces objectifs visent à poursuivre le développement de rapports égalitaires entre les hommes et les femmes entrepris depuis plusieurs années. La société a certes évolué mais beaucoup reste à faire ; c'est pourquoi les présents objectifs s'inscrivent dans la foulée des travaux précédents. Ils portent un juste regard sur les travaux ministériels dans le but d'insuffler les énergies nécessaires afin de faciliter la mise en œuvre des politiques et des orientations touchant diverses conditions de vie des femmes.

Le vaste réseau de la santé et des services sociaux répond à de nombreux besoins de la population en menant des actions variées : promouvoir la santé et le bien-être, prévenir, traiter et guérir. Il soutient, compense parfois ou encore, favorise la réadaptation et l'intégration sociale. Il travaille en concertation avec d'autres réseaux.

Pour sa part, le ministère de la Santé et des Services sociaux a pour mission de « maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité[2] ». Pour réaliser cette mission, il élabore les politiques et orientations, s'assure de leur mise en œuvre et de leur évaluation, approuve les priorités régionales, coordonne le programme de santé publique, répartit les ressources entre les régions et détermine les cadres de gestion. Enfin, il établit les politiques et orientations relatives à la main-d'œuvre, coordonne les services et les actions interrégionales et intersectorielles.

Les régies régionales sont « responsables de la planification, de l'organisation et de la coordination des programmes et des services ainsi que de l'allocation des ressources sur leur territoire[3] ». Par la connaissance qu'elles ont des populations de leur territoire, elles sont en mesure d'adapter les services aux besoins et aux réalités des divers groupes qui composent cette population. Elles coordonnent également la prestation des services de santé publique.

Ces missions s'exécutent dans un Québec en constante évolution qui soumet le système de santé et de services sociaux à de nombreuses pressions tant internes qu'externes. La décennie dans laquelle nous sommes engagés viendra également, à certains égards, modifier de nombreuses valeurs sociétales. Sensible à cette réalité, le ministère amorce, avec le présent document, une réflexion plus vaste sur ces transformations imminentes. L'affirmation des droits de la personne, l'identité génétique ainsi que la justice sociale, la mondialisation de l'économie, l'accroissement des disparités sociales et la protection de l'environnement font partie de nos préoccupations. Nous désirons donc également nous projeter vers l'avenir et amorcer des travaux sur des dossiers qui auront un impact évident sur les conditions de vie des femmes ainsi que sur leur santé.

1. *Les Orientations ministérielles en condition féminine 1992-2000* avaient été inscrites dans la *Politique en matière de condition féminine. Un avenir à partager…* qui fut suivie du *Programme d'action 2000-2003. L'égalité pour toutes les Québécoises.*
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2001, p. 9.
3. Voir à la page 11 du *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, cité précédemment.

Première partie

Les objectifs visés jusqu'en 2009

Les objectifs visés jusqu'en 2009

Les objectifs ministériels en santé et bien-être des femmes ne pourraient pas être atteints sans que soit établi un partenariat essentiel avec les régies régionales, les établissements et les organismes communautaires. Ils exigent également la complicité des divers partenaires qui évaluent les services et qui subventionnent des équipes de recherche ou qui produisent ces recherches.

Objectif 1 : intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et services

La *Politique de la santé et du bien-être*[4] reconnaît que la santé et le bien-être de certains groupes de la société sont davantage affectés par des facteurs déterminants dont les effets de la division sociale des rôles entre les sexes. Les femmes se sont vues traditionnellement attribuer des rôles et des responsabilités qui les écartent des lieux de pouvoir et de décision. Dans ce contexte, il leur est difficile de participer à la programmation de services qui répondraient adéquatement à leurs besoins. Il convient de cerner les enjeux en santé et bien-être qui leur sont propres.

Par ailleurs, une planification et une programmation de services pour l'ensemble des femmes ne peut remplacer la nécessité de considérer celles qui sont placées dans des situations les rendant plus vulnérables. Les barrières et les discriminations peuvent prendre plusieurs formes et s'additionnent. À cet égard, la société québécoise ne diffère pas des autres sociétés ; elle impose une représentation sociale, économique, politique, culturelle, religieuse et privée de ce qui doit être féminin et masculin. Les modèles d'attitudes, de comportements, de responsabilités, de privilèges ou de droits qui sont attribués à chacune et chacun sont les rôles sociaux déterminés et attendus selon les sexes. L'image que chaque personne se fait d'elle-même, et qu'elle renvoie aux autres, est liée au degré de conformité attribué à ces rôles.

L'emprise qu'une femme a sur sa vie, l'ancrage qu'elle a dans la société dépend de cette image ainsi que des privilèges et des droits qu'on lui accorde socialement, politiquement et économiquement. Certaines femmes se retrouvent dans des groupes exclus d'une dynamique sociale dominante, qui se veut blanche, hétérosexuelle, sans handicap, etc. Il en va de même pour des femmes parce qu'elles vivent des situations socioéconomiques qui les marginalisent.

Objectif 2 : adapter des soins et des services aux besoins des femmes

Depuis le milieu des années 80, plusieurs efforts ont permis d'améliorer les services destinés aux femmes et surtout de mieux les adapter à leurs besoins. Pensons aux actions qui ont été menées pour contrer la violence faite aux femmes. Dans plusieurs dossiers, des pas importants ont été franchis.

Au moment où le système de santé poursuit sa démarche en faveur d'une offre de services plus près des milieux de vie, il convient de faire le point sur l'état de la mise en œuvre des différentes politiques, orientations et stratégies d'action qui touchent plus particulièrement les femmes. Comme ce réaménagement produit plusieurs conséquences sur les conditions de vie des femmes, des travailleuses du réseau ainsi que sur celles œuvrant dans le secteur communautaire, il convient également d'orienter ou encore de finaliser ces mises en œuvre, d'en évaluer les effets sur la santé et le bien-être et de réaliser les ajustements qui s'imposent pour répondre encore mieux aux besoins des femmes.

4. La deuxième stratégie de cette politique de 1992 visait à soutenir les milieux de vie et à développer des environnements sains et sécuritaires, notamment en favorisant une plus grande équité dans les rapports sociaux entre les hommes et les femmes.

L'adaptation des soins et des services peut devoir se concrétiser pour l'ensemble des femmes ou, dans certains cas, pour certaines d'entre elles spécifiquement. Lors de la mise en œuvre de politiques ou d'orientations, il peut également être nécessaire de cibler des services particuliers afin de concentrer les efforts sur ceux-ci.

Objectif 3 : améliorer notre connaissance de la population féminine et de ses besoins

La santé et le bien-être d'une population évoluent dans le temps et dans l'espace géopolitique et économique. Les femmes et les hommes sont également en constante interaction avec leur environnement. Dans ce contexte, il s'avère important de faire régulièrement le point sur leur état de santé et de bien-être. Les travaux de recherche ou d'évaluation doivent s'inscrire dans un processus d'analyse différenciée[5] afin de discerner les réalités distinctes des hommes et des femmes.

De grandes questions sont intégrées à ce plan de travail et rejoignent les préoccupations des femmes sur l'évolution de la société et la protection de la population. Leur mention pose également les premiers jalons d'une réflexion sociale plus globale sur l'avenir des conditions de vie des femmes et de leurs proches.

5. L'analyse différenciée selon les sexes se retrouve dans le *Programme d'action 2000-2003 : L'égalité pour toutes les Québécoises*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, 2000, 162 p. Notons que cette forme d'analyse est également nommée « analyse comparative entre les sexes » par Santé Canada, « analyse intégrée de l'égalité » par le Conseil de l'Europe et par « sexo-spécificité » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Deuxième partie

La stratégie d'action 2002-2006

La stratégie d'action 2002-2006

La mission du ministère est vaste et sa clientèle féminine l'est également. Elle est formée de jeunes, de femmes adultes, de femmes âgées et, dans le cas d'un nombre de plus en plus grand, de femmes très âgées. Ces femmes vivent dans différents milieux socioéconomiques ; proviennent de diverses communautés culturelles et linguistiques. Certaines peuvent avoir une incapacité physique ou mentale, elles peuvent également souffrir d'un désordre passager ou persistant de nature physique ou psychosociale.

Il convient donc de tenir compte de cette diversité tout en trouvant un équilibre entre les efforts que nous devons fournir pour répondre adéquatement aux besoins de ces femmes avec les ressources financières ainsi qu'humaines dont nous disposons globalement pour les soins de santé et de services sociaux. Cet équilibre n'est pas facile à trouver dans un contexte où les besoins sont multiples.

Cette stratégie d'action ne se veut pas exhaustive puisqu'elle établit des priorités parmi l'inventaire des besoins et des services. Nous avons basé ces choix sur l'importance de l'impact de certains d'entre eux sur la santé et le bien-être des femmes et sur les objectifs du plan stratégique du ministère. Finalement, nous avons également ciblé les besoins qui sont au cœur des préoccupations constantes du Conseil du statut de la femme ainsi que des divers groupes œuvrant en condition féminine.

Par ailleurs, les objectifs et les engagements inscrits à ce document devraient aussi figurer dans la planification stratégique régionale. En effet, chaque régie régionale a comme mission de planifier, de coordonner et d'organiser la programmation des soins et des services pour répondre aux besoins de leur clientèle. Les régies régionales ont également la responsabilité d'adapter les services aux réalités des divers groupes qui composent la population de leur territoire.

Les activités liées à la condition féminine, inscrites dans cette stratégie, se réaliseront en deux blocs successifs pour se terminer en 2009. Des évaluations, tant ministérielles que régionales, permettront de déterminer les ajustements pertinents pour la mise en œuvre de ces objectifs.

Objectif 1

Intégrer les besoins des femmes à la planification nationale et régionale des soins et des services

- L'analyse et l'intégration des besoins
- L'égalité des femmes en santé et bien-être

L'analyse et l'intégration des besoins

Afin de mieux connaître les besoins des Québécoises, une approche développée au cours des dernières années s'avère fort utile : l'analyse différenciée selon les sexes. Cette approche permet de raffiner notre connaissance des réalités vécues par les hommes et par les femmes et de mettre en lumière les différences pouvant exister entre ces réalités. L'analyse offre l'occasion d'élaborer des politiques et des programmes qui tiennent davantage compte de l'objectif d'égalité entre les sexes. Elle ouvre aussi la voie à la possibilité d'adapter les actions ministérielles et régionales afin de les rendre plus efficaces tant auprès des hommes que des femmes.

Cette approche est utilisée afin de mieux connaître la population québécoise. En effet, dans le *Programme d'action 2000-2003 pour toutes les Québécoises*, le gouvernement du Québec s'est engagé à poursuivre l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) aux pratiques gouvernementales, notamment par l'entremise de projets pilotes dans différents ministères et organismes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est impliqué au tout début de ce processus par l'élaboration des orientations ministérielles, notamment celles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il travaille également à la révision du cadre de référence sur les services de soutien à domicile.

En plus d'assurer le suivi de ces travaux, le ministère poursuivra l'intégration de ce type d'analyse à divers travaux ministériels et incitera cette intégration aux travaux régionaux. Il importe de s'assurer de la compréhension de l'ADS par le personnel du ministère et des régies régionales, notamment par des activités de sensibilisation et de formation.

Un projet en cours visant la réalisation de deux monographies différenciées selon le sexe apportera un éclairage nouveau sur la santé des hommes et des femmes. Ces monographies mettront en évidence les rapports différenciés des femmes et des hommes à la santé, et détermineront les problèmes de santé qui y sont liés et les besoins qui leur sont propres. Les analyses présentées contribueront à planifier une organisation de services répondant adéquatement aux besoins des deux sexes[6].

D'autres travaux qui figurent également dans le plan stratégique ministériel pourraient bénéficier de la finesse d'une analyse différenciée selon les sexes. Parmi ceux-ci, le renouvellement de la *Politique de la santé et du bien-être* offre l'occasion d'aller plus loin dans la reconnaissance des différences entre les sexes, en s'appuyant notamment sur l'éclairage apporté par les rapports hommes-femmes comme déterminants de la santé et du bien-être. De même, le *Programme national de santé publique* présente une analyse différenciée selon les sexes de problèmes sociaux et de santé ainsi que de déterminants. La mise en œuvre de ce programme, aux paliers national, régional et local, devrait s'inspirer de cette analyse. Il en va de même des travaux sur la formation en santé mentale ainsi que pour le suivi des indicateurs du plan d'action pour la transformation des services en santé mentale.

L'intégration des besoins des femmes passe également par l'opportunité qu'elles ont d'exprimer et de faire reconnaître ces besoins. L'obligation d'assurer une représentation équitable des femmes et des hommes dans les conseils d'administration des régies régionales et des établissements facilite cette reconnaissance. Les comités aviseurs, de consultation ou autres, composés de femmes sont également des lieux d'influence au moment des prises de décisions en matière de santé et de bien-être.

Au-delà des structures de décision ou d'influence, la participation active des femmes à leur communauté est importante. Cette participation permet le développement des capacités individuelles ainsi que la confiance en soi. Elle favorise aussi l'appropriation du

6. Notons que les portraits régionaux réalisés par le Conseil du statut de la femme sont également des outils fort pertinents pour permettre aux régies régionales d'adapter les services aux besoins propres aux femmes.

pouvoir individuel et collectif. Le recours au développement social et des communautés est privilégié, notamment en ce qui concerne la réponse aux besoins des femmes, afin de favoriser leur santé et leur bien-être.

- ***Sensibiliser le personnel de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux et des régies régionales à l'analyse différenciée selon les sexes et développer les formations adéquates.***
- ***Produire et diffuser deux monographies, réalisées à partir de l'Enquête sociale et de santé de 1998, qui traceront un portrait de la santé des Québécoises et des Québécois.***
- ***S'assurer de l'intégration d'une perspective d'analyse différenciée dans le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être.***
- ***Considérer les besoins des femmes au moment de la planification stratégique régionale.***
- ***Déterminer les stratégies efficaces auprès des femmes avec des approches :***
  1. ***de développement social, au niveau national ;***
  2. ***de développement des communautés, au niveau local.***
- ***Assurer le suivi de la représentation équitable des femmes et des hommes dans les diverses structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux.***

– L'analyse et l'intégration des besoins –

L'égalité des femmes en santé et bien-être

Les diversités culturelles

Les personnes immigrantes représentent 8 % de la population québécoise et 90 % d'entre elles sont concentrées dans la grande région de Montréal. Une récente féminisation de l'immigration est constatée ; en effet, 50 % des personnes immigrantes sont des femmes[7].

Ces femmes immigrantes ainsi que les Québécoises des communautés culturelles ne forment pas un groupe homogène : leurs chemins sont diversifiés. De même, elles n'ont pas toutes le même statut légal. Certaines se sont établies au Québec comme immigrantes ; elles possèdent généralement un réseau culturel et social qui, d'une certaine façon, les protège de certaines discriminations. En général, leur adaptation se déroule relativement bien.

D'autres sont venues au Québec, dans bien des cas par obligation, pour suivre un mari ou une famille. Plusieurs d'entre elles reçoivent peu de soutien et sont aux prises avec l'isolement, la pauvreté et la marginalisation. Certaines se sont réfugiées au Québec ; elles ont connu la guerre, les persécutions, les viols collectifs, etc. Elles sont habituellement démunies, isolées, sans soutien, marginalisées, ce qui augmente leur vulnérabilité. Dans de nombreux cas, elles entretiennent une relation difficile avec les institutions et méconnaissent leurs droits. D'autres femmes québécoises, issues de communautés minoritaires visibles, sont plus exposées au racisme et à la discrimination.

Cette absence d'homogénéité nous oblige à prendre en compte un éventail de besoins propres à ces femmes. Leur intégration à la société québécoise passe d'abord par la reconnaissance de leur vécu respectif. Selon leur société d'origine, ces femmes ont développé des sensibilités, des conceptions et des pratiques relatives à la santé et au bien-être qui diffèrent de celles de la société québécoise. L'utilisation de méthodes contraceptives, les pratiques liées à la grossesse et à l'accouchement, la pratique des mutilations génitales féminines ne sont que des exemples de ces particularités dont nous devons tenir compte tout en respectant les valeurs de la société québécoise. Les efforts d'adaptation de certains services[8] sont à poursuivre.

7. MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES IMMIGRANTES DE QUÉBEC, *Dépistage de la violence conjugale chez les femmes immigrantes. Une approche interculturelle*, Québec, 2000, p. 8.
8. À Montréal, par exemple, des territoires de CLSC adaptent leurs services à un bassin important de personnes immigrantes.

La pratique des mutilations génitales féminines, même si elle est interdite au Québec, fait néanmoins partie de la réalité de certaines femmes immigrantes. Cette pratique engendre de multiples conséquences néfastes, tant du point de vue physique que psychologique. Pour plusieurs fillettes, elle représente aussi une menace à leur intégrité physique. D'une part, aux femmes immigrantes ayant déjà subi de telles mutilations dans leur pays d'origine, il est fondamental d'offrir un accueil approprié dans le réseau de la santé et des services sociaux. D'autre part, il importe de prévenir la perpétuation de cette pratique sur les fillettes.

Le ministère se penchera sur la réalité des diversités culturelles afin de cerner les ajustements à apporter pour mieux répondre aux besoins des femmes immigrantes et des Québécoises issues des communautés culturelles.

- ***Considérer les diverses situations vécues par les femmes des communautés culturelles au moment de la réalisation des politiques, orientations et programmes, dont le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être.***
- ***Déterminer les actions pertinentes à entreprendre pour contrer le problème des mutilations génitales féminines.***
- ***À partir de l'état de situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux personnes immigrantes et à celles des communautés ethnoculturelles, relever les actions qui concernent davantage les femmes.***

– Les diversités culturelles –

Les réalités autochtones

Descendants des communautés qui occupaient le territoire québécois bien avant l'arrivée des premiers Européens, les Autochtones forment un groupe diversifié. Dix nations amérindiennes sont réparties sur le territoire québécois, en plusieurs communautés. D'autres Autochtones vivent également en milieu urbain, hors de leur communauté d'origine. Cette diversité se traduit par des modes de vie, des langues, des valeurs et des traditions qui sont propres à chacune des dix nations.

Les femmes autochtones sont confrontées aux bouleversements engendrés par l'histoire ainsi qu'au développement économique, politique et social du Québec. Elles vivent le phénomène d'acculturation dont sont victimes les Autochtones tout en étant concernées par un ensemble de réalités découlant de valeurs patriarcales proposées par les communautés européennes. Elles font l'objet d'une double discrimination, d'abord culturelle, puis parce qu'elles sont femmes.

Ce contexte les rend particulièrement vulnérables à plusieurs problématiques : toxicomanies diverses, taux de grossesse précoce élevé, violence sous toutes ses formes, etc. Entre autres, certaines données laissent entendre qu'environ 80 % des femmes autochtones vivant dans les communautés seraient victimes de violence conjugale[9]. Il importe donc d'intégrer aux politiques et orientations ministérielles les problématiques vécues par ces femmes. Il faut ensuite s'assurer que la mise en œuvre de ces politiques inclut une planification de services qui serait adéquate en regard des réalités vécues, en tenant compte de leur histoire, de leur culture et de leurs façons de faire.

9. Données estimées par l'Association des femmes autochtones du Québec.

Par ailleurs, la préoccupation des femmes autochtones comme groupe particulier est déjà inscrite dans des politiques, notamment celles en violence faite aux femmes. Un financement supplémentaire a d'ailleurs été accordé à des maisons d'hébergement pour soutenir leur intervention auprès des femmes autochtones.

- ***Considérer les diverses situations vécues par les femmes autochtones au moment de la réalisation des politiques, orientations et programmes, dont le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être.***
- ***Assurer le suivi de l'investissement consenti pour des services d'hébergement pour les femmes autochtones victimes de violence ou en difficulté.***

– Les réalités autochtones –

Les limitations fonctionnelles

La première stratégie d'action de la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992 misait sur les habiletés sociales pour favoriser le renforcement du potentiel des personnes, notamment celles qui vivent des situations de handicap. Les divers documents produits depuis, sur la déficience intellectuelle ou physique, visent tous à fournir aux personnes une gamme de services adaptés à leurs besoins ainsi que des outils qui leur permettraient de soutenir le développement de leur potentiel et de faciliter leur intégration à la société.

Cependant, ces documents font rarement état des besoins selon les sexes. Pourtant, le vécu au féminin d'une limitation fonctionnelle est différent de celui des hommes, ne serait-ce qu'en ce qui a trait à la planification des naissances, à la maternité et à la violence. En effet, l'accessibilité à des services de planification des naissances, lorsque l'on souffre d'un handicap, pose un défi important alors que celui d'être mère relève parfois d'un exploit. Pourtant, ces femmes ont, comme toutes les autres femmes, droit à une saine sexualité ainsi qu'à des services liés à la reproduction humaine.

Les besoins des personnes ayant une limitation fonctionnelle sont parfois mentionnés dans des politiques ou orientations couvrant des problématiques, comme celles de la violence conjugale et des agressions sexuelles. Ces mentions ont d'ailleurs permis de financer un projet de formation sur l'intervention auprès des femmes sourdes victimes de violence conjugale. Un programme d'amélioration des maisons d'hébergement a aussi connu un succès certain auprès des maisons qui désiraient adapter leurs services aux femmes handicapées. Des travaux restent encore à faire à cet égard. Le ministère prévoit également élaborer une stratégie de mise en œuvre des orientations à l'égard des personnes atteintes d'une déficience physique ainsi que des orientations en déficience intellectuelle.

- ***Au moment de la mise en œuvre des politiques, orientations et plans d'action ministériels, qui sont propres aux services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle, physique ou un trouble envahissant du développement, assurer la prise en compte des besoins des femmes en matière de planification des naissances, de périnatalité et de violence.***

– Les limitations fonctionnelles –

Les orientations sexuelles

La reconnaissance légale et sociale des personnes homosexuelles a franchi des pas considérables au Québec. En dépit de ces changements, la réalité lesbienne reste occultée. Pourtant, des études sur le comportement sexuel estiment qu'entre 9 % et 12 % des femmes seraient bisexuelles et qu'environ 5 % des femmes seraient strictement homosexuelles[10].

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles : une formation en deux volets*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, 1998, p. 24.

L'accessibilité de ces femmes aux services sociaux et de santé est freinée par des attitudes et des pratiques teintées de préjugés ou d'ignorance. Ces attitudes et ces pratiques influencent le rapport à la santé et aux services sociaux de ces femmes. Cela se fait sentir sur la prévention, le dépistage et le traitement. Il est en effet constaté un taux plus élevé du cancer du col de l'utérus chez ces femmes. Le recours au test de PAP est également moins fréquent chez les femmes homosexuelles et bisexuelles (52 %, contre 68 % pour les femmes hétérosexuelles). De plus, en n'ayant habituellement pas recours aux méthodes contraceptives, les lesbiennes sous-estiment l'importance d'un examen gynécologique régulier[11] étant donné sa nature jugée intrusive.

Les orientations sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles proposent des changements d'attitudes et de valeurs envers les personnes homosexuelles qui s'appuient sur trois principes. Le premier concerne l'élimination de toute discrimination dans la prestation des services. Le deuxième reconnaît la légitimité des aspirations à un mieux-être pour les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. Le dernier vise la promotion du respect de cette clientèle et de ses différences.

À la suite de la diffusion de ces orientations, des formations sur l'intervention auprès des personnes homosexuelles ont été offertes au personnel du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des dépliants. Nous ne pouvons pas actuellement mesurer les changements survenus à l'égard de l'accessibilité à des services adaptés aux besoins des lesbiennes et des femmes bisexuelles. Nous savons tout de même que des efforts de recherche et d'adaptation des services ont surtout été investis en réponse à l'épidémie du sida et concernent davantage les gais. D'autre part, ces services se sont surtout concentrés en milieu urbain, notamment à Montréal.

En réponse aux revendications des femmes, le ministère s'est engagé à réaliser une analyse des services offerts aux lesbiennes et aux femmes bisexuelles. Cette recherche-action permettra de mieux comprendre le rapport qu'elles entretiennent avec les services sociaux et de santé.

- ***Provoquer des changements d'attitudes et de valeurs dans les pratiques professionnelles en poursuivant les formations sur les réalités des personnes homosexuelles et bisexuelles, dont les femmes.***
- ***Examiner les résultats des recherches sur la santé des femmes bisexuelles et lesbiennes afin d'en dégager des pistes d'intervention.***

– Les orientations sexuelles –

La pauvreté

De nombreux écrits sur la santé des populations indiquent que les personnes pauvres sont plus affectées par la maladie et meurent plus jeunes que les personnes riches. Dans diverses politiques, le ministère reconnaît cette réalité et précise l'importance d'intervenir prioritairement sur cette clientèle.

Récemment, Statistique Canada concluait que les différences observées entre les femmes et les hommes en matière de santé s'expliqueraient par plusieurs facteurs dont le statut socioéconomique. Dans la plupart des recherches et des analyses, on retrouve deux facteurs étroitement liés à la pauvreté : la monoparentalité et l'isolement. Bien que la population touchée par ces facteurs ne soit pas homogène, il reste que l'on peut conjuguer le fait d'être pauvre, au féminin. En effet, au Québec, comme au Canada, la pauvreté des femmes responsables d'une famille monoparentale, ayant un enfant mineur, ne connaît pas de baisse : près de 60 % de ces familles sont pauvres. En outre, plus l'âge des mères diminue, plus cette proportion s'accroît : 97 % de ces familles sont pauvres lorsque les femmes ont moins de 30 ans. Les caractéristiques liées le

11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Bien vivre son orientation sexuelle : les femmes et l'homosexualité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, p. 43.

plus souvent à un taux élevé de pauvreté sont : l'âge (moins de 25 ans ou plus de 65 ans), le fait d'être une femme, de vivre seule, d'être en situation de monoparentalité et, enfin, la faible scolarité ainsi que l'analphabétisation.

Si les inégalités liées au fait d'être une femme et d'être en situation de monoparentalité ne conduisent pas nécessairement toutes les femmes à la pauvreté, la pauvreté, elle, conduit bien souvent à l'isolement ou, du moins, à une marginalisation. Être pauvre signifie que l'on peut moins participer au développement de la société, que l'on peut être exclu des décisions et que l'on peut éprouver le sentiment d'avoir peu d'emprise sur sa destinée. Or, il est connu que le sentiment de contrôle sur sa vie a une influence positive sur la santé mentale et physique. À cet égard, nous savons que les femmes pauvres adoptent peu de comportements préventifs, comme le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Plusieurs québécoises se retrouvent confrontées à une très grande pauvreté. En effet, le nombre de femmes itinérantes augmente. Ce sont des femmes plus jeunes que les hommes itinérants, elles ont moins eu accès au marché du travail, elles ont des enfants et beaucoup ont vécu un épisode de violence conjugale ou l'inceste. Le problème d'accès à un logement subventionné, la désinstitutionnalisation, le fait d'être monoparentale, l'isolement social sont des facteurs contribuant à l'itinérance des femmes. Le *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*[12] relie également la consommation de drogues à l'augmentation du nombre de femmes sans toit. Les femmes itinérantes ont recours plus fréquemment aux refuges que les hommes itinérants. Il serait donc plus facile de circonscrire le phénomène de l'itinérance au féminin afin d'intervenir auprès d'elles.

Les professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux de première ligne sont appelés à recevoir des femmes pauvres. Ils jouent un rôle clé dans la détermination des interventions les plus adéquates pour améliorer la santé et le bien-être de ces femmes et de leurs enfants. Leurs attitudes ainsi que la compréhension qu'ils ont des conditions de vie des femmes pauvres sont garantes de la qualité des contacts qui sont établis ; ce qui aura un impact direct et déterminant sur l'efficacité de l'intervention.

C'est pourquoi, déjà en 1992, le ministère diffusait un document de référence succinct sur l'intervention auprès des femmes pauvres. Depuis, diverses actions qui avaient pour objectif de réduire les effets de la pauvreté ont été réalisées. En juin 2001, le gouvernement du Québec dévoilait un document intitulé *Ne laisser personne de côté !*, qui signalait l'adoption d'une future stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est associé aux travaux des chantiers entourant ce projet gouvernemental. De cette stratégie découleront divers engagements ministériels.

- ***Consolider des actions de concertation locale et régionale en sécurité alimentaire.***
- ***Relever les diverses interventions réalisées dans notre réseau visant à briser l'isolement des femmes immigrantes et réfugiées qui sont hors du marché du travail afin de favoriser leur autonomie et leur intégration.***

– La pauvreté –

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 13.

Objectif 2

Adapter des soins et des services aux besoins des femmes

- Le vieillissement
- La perinatalite
- La planification des naissances
- La violence conjugale et sexuelle
- Les femmes tirant revenu d'activites sexuelles
- La sante physique
- Les habitudes de vie
- La sante mentale des femmes
- L'évolution de la prestation des services : ses effets sur les principales actrices

Le vieillissement

La transformation démographique de la société québécoise pose un important défi pour les prochaines décennies. L'arrivée des « baby boomers féminins » à l'étape de la ménopause fait partie de ce défi. Cette étape de la vie des femmes les mène souvent vers des changements dans leur mode de vie afin de prévenir l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires. Elles se préoccupent également du cancer du sein ainsi que de la maladie d'Alzheimer. Elles se voient prescrire divers produits médicamenteux pour rétablir leur équilibre hormonal et diminuer les symptômes de la ménopause ou encore elles se tournent vers des alternatives qu'elles considèrent plus respectueuses de la vie.

De nombreuses recherches questionnent actuellement la gamme de produits offerts aux femmes et des nouvelles hypothèses sont vérifiées. Les femmes, tout comme le personnel professionnel médical, sont confrontés à un dilemme cornélien : pour quelle intervention opter ? Dans ce contexte, nous abordons la question de la ménopause à l'objectif 3, lié à l'amélioration de notre connaissance de la population féminine et de ses besoins.

Le rapport Clair nous indique que d'ici 2021 « la population des 65-74 ans augmentera d'un peu plus de 80 %, celle des 75-84 ans, d'environ 90 % et celle des 85 ans et plus, d'au-delà de 150 % [13]». Les femmes composent majoritairement le groupe des personnes âgées : six personnes âgées sur dix sont des femmes. Cette proportion se maintiendra au cours des vingt prochaines années et augmentera même à trois femmes pour un homme pour les personnes de 90 ans et plus.

Même si les femmes ont une espérance de vie plus longue, cela ne signifie pas pour autant qu'elles vivent dans de meilleures conditions de vie. Leur incapacité et leur milieu de vie ont donc un impact direct sur l'évolution de leur santé et de leur bien-être. Pourtant, nous connaissons peu les diverses conditions de vie des femmes pendant le processus du vieillissement.

Les femmes doivent s'attendre à passer un peu plus de 13 ans, soit 15 % de leur vie, avec une incapacité. Celles entre 45 et 64 ans sont particulièrement susceptibles de souffrir d'arthrite et de migraine. Dans une étude comparative de Statistique Canada sur la santé des femmes et des hommes, on note une prévalence plus forte de nombreux problèmes chroniques de santé chez la femme comparativement à l'homme. L'étude indique néanmoins qu'à long terme les femmes semblent avoir de plus grandes facilités à traverser ces épreuves. Ceci s'expliquerait par le fait qu'elles tendent à se créer des réseaux de soutien, ce qui leur permet d'atténuer les conséquences de ces problèmes. La problématique du vieillissement de la population, celle du développement des maladies chroniques ainsi que la perte d'autonomie sont des préoccupations inscrites au *Programme national de santé publique*.

Selon diverses données, 36,2 % des femmes de 65 ans et plus, comparativement à 21,1 % des hommes du même groupe d'âge, vivent sous le seuil de la pauvreté. Les femmes âgées sont donc plus nombreuses que les hommes âgés à vivre pauvrement. Parallèlement à ce constat, nous savons également qu'elles devront, plus qu'eux, recourir à des services de courte et de longue durée ainsi qu'à des services à domicile ou être hébergées puisqu'elles vivent plus longtemps que les hommes avec des limitations fonctionnelles. De plus, à cause de leur longévité, elles deviennent, dans une bonne proportion, des aidantes de proches plus affectées qu'elles par la maladie et les limitations. Ces constats laissent présager des difficultés pour nombre de femmes âgées pauvres, seules et souvent exclues des décisions sociales, politiques et économiques de notre société.

13. Notons que les portraits régionaux réalisés par le Conseil du statut de la femme sont également des outils fort pertinents pour permettre aux régies régionales d'adapter les services aux besoins propres aux femmes.

Le ministère croit nécessaire de mettre en place des services intégrés pour les clientèles âgées en perte d'autonomie. À cet égard, il publiait, en février 2001, ses orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il importe de s'assurer que leur mise en œuvre apportera des réponses adaptées aux besoins et tiendra compte des effets, sur leur santé et leur bien-être, des réalités vécues par les femmes tout au cours de leur vie.

- ***Pour prévenir les incapacités, assurer la mise en œuvre des mesures prévues au Programme national de santé publique sur la prévention des maladies, des problèmes sociaux et des traumatismes.***
- ***Intégrer les différences entre les femmes et les hommes âgés dans le cadre des différents travaux de mise en œuvre des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie en matière d'intégration des services, d'accès à la gamme de services, de qualité et d'évolution des pratiques, des interventions et des milieux.***

– Le vieillissement –

La périnatalité

La promotion de la grossesse en santé et la prévention des problèmes périnatals

Sur la base des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale de type *Naître égaux - Grandir en santé* (NÉ-GS) vise à rejoindre 50 % des femmes enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté. Selon le quatrième bilan des priorités nationales de santé publique, cet objectif est en voie d'être atteint (38,9 %). Toutefois, le taux de réussite est fort variable d'une région à l'autre et en fonction du nombre de CLSC qui appliquent un programme de type NÉ-GS. Le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées, exposées à un programme intense, précoce et continu, est faible (seulement 2,9 %).

Les effets du volet prénatal de ce programme s'avèrent bénéfiques pour la santé mentale des mères. Celles-ci démontrent des symptômes dépressifs postnatals significativement plus bas et bénéficient d'un plus grand soutien social. Elles modifient également leurs habitudes alimentaires de sorte que l'on remarque une tendance à faire moins d'anémie postnatale. En ce qui concerne l'insuffisance de poids des bébés à la naissance, les résultats ne permettent pas de tirer des conclusions, notamment à cause de la confusion qui règne autour du concept et du défi énorme que constitue le redressement, en cours de grossesse, des conséquences de la pauvreté sur la santé des femmes.

Les buts visés par les interventions auprès des femmes enceintes de milieu défavorisé sont de permettre aux enfants de naître dans des conditions favorables à leur développement et à leur adaptation sociale. Il s'agit de soutenir adéquatement les femmes enceintes, qui vivent des conditions de vie difficiles, sans induire chez elles des sentiments de culpabilité. Dans ce contexte, le soutien aux mères adolescentes, qui découle de la politique québécoise de la jeunesse, constitue un enjeu important en périnatalité.

- ***Mettre à jour le programme Naître égaux - Grandir en santé (NÉ-GS).***
- ***Poursuivre la mise en œuvre et le suivi du programme Naître égaux - Grandir en santé en visant son déploiement sur tout le territoire québécois.***

– La promotion de la grossesse en santé et la prévention des problèmes prénatals –

La pratique des sages-femmes

De nombreuses femmes, désireuses d'accoucher en dehors des pratiques médicales habituelles, revendiquaient, depuis plusieurs années, le développement de nouveaux services. L'approche proposée par les sages-femmes ainsi que la Loi sur les sages-femmes[14] répondent à ces demandes en permettant la création d'une nouvelle profession : celle de sage-femme. Les services offerts par les sages-femmes s'inscrivent dans une approche globale de la naissance qui implique les couples et la famille dans cet important événement de la vie.

Afin de poursuivre le développement de ce nouveau service, le ministère entend réaliser un suivi de l'organisation des services associés à la législation de la pratique de sage-femme dans le réseau de la santé. Ainsi, il favorisera l'accessibilité à différents lieux de naissance : le domicile, les centres hospitaliers et les maisons de naissance. Il portera aussi un regard sur l'actuelle réglementation de l'accouchement à domicile et sur l'instauration d'une entente entre les CLSC et les centres hospitaliers, afin de permettre la pratique de sage-femme en centre hospitalier. Ces travaux devraient avoir pour conséquence l'accessibilité, aux femmes qui le désirent, aux services d'une sage-femme.

- ***Favoriser l'accessibilité à différents lieux de naissance pour les femmes suivies par les sages-femmes.***

– La pratique des sages femmes –

Les congés précoces

Depuis quelques années, le temps d'hospitalisation a diminué au Québec. La période d'hospitalisation à la suite d'un accouchement ne fait pas exception à cette nouvelle pratique. En effet, le temps d'hospitalisation est passé de 3,5 jours, pour un accouchement normal sans complication en 1992-1993, à 2,4 jours en 1999-2000. Pour une césarienne, ce temps est passé de 6 jours à 4,2 jours[15], au cours de cette même période. Cette diminution du temps d'hospitalisation peut faire en sorte que certaines femmes soient laissées sans soutien, notamment lorsque le suivi approprié à domicile n'est pas assuré. Cette réalité avait incité le ministère à diffuser, en 1999, une *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité.*

Le ministère accordera donc une attention particulière aux services offerts aux femmes et à leurs proches, après la naissance d'un enfant. Il n'est pas dans son intention d'imposer une organisation standardisée des services dans le cadre d'un congé hâtif à la suite d'un accouchement, mais il souhaite que chaque région organise un suivi adéquat à domicile. Les structures nécessaires à la réalisation de ce suivi ont été mises en place par l'entremise du système d'information sur la clientèle et les services offerts par les CLSC.

- ***Procéder aux analyses pertinentes des indicateurs de suivi du congé précoce, qui sont inscrits au système d'information sur les clientèles et les services des CLSC, afin de faciliter le réajustement, si nécessaire, des services.***

– Les congés précoces –

La Politique de périnatalité

Depuis la diffusion de la *Politique de périnatalité*[16], diverses actions ont été réalisées par le ministère et les régies régionales. Néanmoins, les données statistiques disponibles en périnatalité questionnent le degré de réussite atteint par certains objectifs de cette politique.

14. Cette loi est entrée en vigueur le 24 septembre 1999.

15. On retrouve ces données dans le document de travail diffusé auprès des régies régionales en 2000, Nicole GRAVEL, Pauline BÉGIN-BROSSEAU et Sylvie MONTREUIL, *Bilan sur les programmes de congé précoce en périnatalité au Québec*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, p. 14.

16. Les objectifs de cette politique s'étalaient sur une période de 10 ans.

D'autres travaux devront être effectués pour déceler les difficultés associées à sa mise en œuvre et les lacunes observées dans les services offerts durant la période périnatale.

Par ailleurs, les changements abordés précédemment sur la prestation des soins et la disponibilité des services durant la période périnatale ont eu des conséquences sur la santé et le bien-être des femmes enceintes et de celles qui viennent d'accoucher. De plus, des problématiques comme l'infection par le VIH chez les femmes enceintes, les effets de l'alcoolisme et des toxicomanies pendant la période prénatale et l'allaitement maternel ont également favorisé l'ajout de soins et de services offerts aux femmes dans le but d'améliorer leur santé et leur bien-être. À cet effet, un programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse est mis en œuvre à travers tout le Québec. Des lignes directrices sur l'allaitement maternel ont également connu une diffusion et un plan d'action suivra.

Afin d'assurer un continuum de services en périnatalité, il importe de réaliser diverses analyses ou évaluations qui touchent la période périnatale et qui permettraient de vérifier si certains objectifs de la politique ont été atteints.

- ***Effectuer des travaux d'évaluation ou des analyses préparatoires à la révision de la Politique de périnatalité dans la perspective d'un continuum de services en périnatalité et en petite enfance.***

– La Politique de périnatalité –

La planification des naissances

La promotion des rapports égalitaires et la prévention des grossesses précoces

Les grossesses précoces ont un impact sur les conditions de vie actuelles et futures des jeunes femmes. Certains services axés sur la prévention et la promotion des rapports sexuels respectueux et sécuritaires sont offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces interventions sont essentielles à la réduction du taux de grossesse à l'adolescence [17].

Actuellement, des activités éducatives et préventives sont offertes aux jeunes. En 1999, dans le réseau de la santé, sept régies régionales s'étaient fixé des objectifs généraux au sujet de la contraception tandis que cinq autres s'en étaient donnés, de façon plus globale, sur la sexualité. Dans plusieurs cas, ces objectifs visaient les jeunes femmes. Des travaux

17. La prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes sont des dossiers inscrits au programme gouvernemental en condition féminine pour les années 2000-2003.

devront se poursuivre à cet égard. Par ailleurs, le ministère a récemment lancé une campagne destinée aux jeunes intitulée « Parler, c'est grandir ! ». D'une durée de trois ans, cette campagne s'adresse aux filles et aux garçons de 11 à 17 ans et aborde la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida dans une perspective de double protection, incluant celle d'une grossesse non planifiée. Dans les informations intégrées aux divers véhicules médiatiques de cette campagne, une attention particulière devra être portée aux informations en matière de planification des naissances.

Des activités de promotion, de prévention et d'éducation sont aussi offertes en milieu scolaire. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation sont à revoir la complémentarité des services destinés aux jeunes en milieu scolaire. Un groupe de travail examine d'autres alternatives pour répondre aux besoins des jeunes filles et garçons en matière de sexualité.

- ***Contribuer à la diminution du nombre de grossesses non planifiées par :***
  1. ***la promotion de rapports sociaux égalitaires entre les hommes et les femmes dans une campagne de prévention des grossesses à l'adolescence ;***
  2. ***l'accessibilité à des services répondant aux besoins des jeunes en matière de contraception et de protection contre les MTS-VIH ;***
  3. ***la mise en œuvre d'un nouveau mode d'accès à la pilule contraceptive d'urgence.***

– La promotion des rapports égalitaires et la prévention des grossesses précoces –

Les services liés à une grossesse non planifiée

Le soutien au moment de la prise de décision

Le projet mobilisateur sur la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, inscrit au programme gouvernemental en condition féminine, comprend un volet particulier sur les services liés à une grossesse non planifiée. Ces services couvrent l'aide à une prise de décision éclairée et le soutien dans les démarches subséquentes. À cet égard, il convient d'offrir des informations adéquates, complètes et respectueuses de l'intégrité physique et psychologique des femmes, tant en matière d'adoption, de poursuite ou d'interruption de grossesse. À la suite de la prise de décision, les femmes doivent être dirigées vers un organisme apte à répondre à leurs besoins et à assurer un suivi adéquat. Les différents organismes mis à contribution dans l'offre des services sont les CLSC, les centres hospitaliers, les cliniques jeunesse, les services infirmiers et psychosociaux en milieu scolaire et des organismes du secteur jeunesse.

- ***Assurer l'accessibilité et la disponibilité des services nécessaires à une prise de décision éclairée, qui soient respectueux de l'intégrité physique et psychologique des femmes.***

– Les services liés à une grossesse non planifiée –

Les services d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Le 28 juillet 1988, la Cour suprême du Canada a déclaré inconstitutionnel l'article 251 du Code criminel rendant l'avortement illégal. Cet article allait à l'encontre des dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés. Depuis cette invalidation, trois jugements rendus en Cour suprême ont affirmé la prédominance du droit des femmes sur celui du fœtus à naître. C'est pourquoi le ministère et son réseau se doivent d'offrir des services d'IVG aux femmes et voir à ce que l'intervention soit la moins invasive possible. Cette intervention doit également être réalisée dans le respect de l'intégrité physique et mentale des femmes.

Plusieurs actions régionales et locales ont été réalisées pour améliorer l'accessibilité à ces services. Toutefois, le nombre d'interruptions de grossesses effectuées en 1990 est passé de près de 22 000 à 31 000 en 1999[18]. Cette forte augmentation des demandes de services d'interruption de grossesse est venue atténuer l'impact de ces développements de services.

Par ailleurs, en 1999, près de 8 700 femmes[19] s'étaient dirigées vers un cabinet privé pour obtenir une IVG. Dans certains cas, elles avaient déboursé environ 350 $. À cette époque, des disparités régionales dans l'offre de ces services étaient constatées. Montréal absorbait un grand nombre d'interruptions de grossesse pour l'Ouest du Québec. La régie régionale de Québec faisait de même pour l'Est de la province. Une partie des interventions de plus de 14 semaines de grossesse se réalisaient en Estrie. Certaines régions offraient un minimum de services. C'est pourquoi, en 2001, le ministère consolidait les services proposés par le réseau public.

Le ministère est également préoccupé par le choix des techniques utilisées pour les interruptions volontaires de grossesse. Il questionne aussi la façon dont se déroule tout le processus lié à la prestation de ce service, depuis la demande jusqu'au suivi post IVG.

- ***Appuyer les régies régionales dans leur démarche de suivi et d'évaluation des mesures de consolidation des services d'IVG sur leur territoire et procéder à l'évaluation nationale des résultats, à partir des évaluations régionales, des indicateurs d'utilisation des services et du suivi de la mise en œuvre de ces mesures.***
- ***Réaliser une étude de faisabilité d'un système d'information sur les IVG pratiquées au Québec et, par la suite, procéder à sa mise en place.***
- ***Tracer un portrait des pratiques actuelles en matière d'IVG ainsi qu'un état des connaissances sur l'évolution des techniques afin de favoriser le recours à celles qui sont les moins invasives.***

– Les services liés à une grossesse non planifiée –

La violence conjugale et sexuelle

La violence faite aux femmes, qu'elle ait lieu dans un contexte conjugal ou autre, n'est pas un fait nouveau. Les expressions de la violence sont multiples : harcèlement, dénigrement, exploitation financière, comportement contrôlant et abusif, coups et blessures menant parfois à la mort, exploitation et agressions à caractère sexuel. Ce phénomène, lié au rapport de domination des hommes sur les femmes, est présent dans toutes les sociétés et aucune femme n'en est à l'abri. En effet, peu importe son statut social, son revenu, sa culture, son ethnie, son âge, son orientation sexuelle, ses limitations fonctionnelles, toutes les femmes sont exposées à des manifestations de violence.

18. Données tirées de divers documents ministériels internes réalisés par l'Unité des études et analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre du suivi statistique de ce dossier. Notons que le recours à l'avortement semble avoir atteint un plafond depuis 1999 pour se situer dans les 30 000.

19. Donnée également tirée d'un document ministériel réalisé par l'Unité d'études et d'analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Néanmoins, peu de femmes dévoilent les situations de violence et leur agresseur. Par conséquent, il est difficile d'obtenir des statistiques exhaustives et fiables sur les différentes formes de violence que les femmes subissent. Cependant, les enquêtes réalisées par les corps policiers, par Statistique Canada et par des équipes de recherche font état de l'étendue de ce problème. Ainsi, on apprend que, dès l'adolescence, au moment des premières relations amoureuses, les jeunes femmes y sont exposées. Selon les diverses données, entre 25 à 35 % des adolescentes ont subi de la violence dans leur première relation amoureuse. En 1999, on estimait à 8 % le nombre de femmes mariées ou en union libre ayant subi, au cours des cinq dernières années, une forme ou une autre de violence de la part de leur partenaire. À partir des données disponibles, des chercheurs estiment qu'entre 100 000 et 190 000 femmes seraient victimes de crimes violents perpétrés à leur endroit par leur conjoint précédent ou actuel.

L'enquête réalisée par Statistique Canada, en 1999, révèle l'ampleur de la violence sexuelle : 34 % des Québécoises de 18 ans et plus ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis qu'elles ont atteint l'âge de 16 ans. Par ailleurs, sur l'ensemble des infractions d'ordre sexuel déclarées aux services policiers canadiens en 1997, 82 % des victimes étaient des femmes et 62 % d'entre elles avaient moins de 18 ans.

La promotion des rapports égalitaires et la prévention de la violence

Nous savons que pour contrer la violence faite aux femmes, il faut viser une modification profonde des valeurs de notre société. Ainsi, au sujet de la violence conjugale — afin d'assurer la continuité des actions réalisées depuis la diffusion de la politique gouvernementale d'intervention en violence conjugale — il importe de privilégier une action sur les causes de ce problème. Il faut travailler à développer des rapports égalitaires entre les sexes, notamment dans les relations amoureuses. De même, sur le plan des agressions sexuelles, il faudra insister auprès des jeunes garçons et filles, adultes de demain, afin qu'ils réprouvent les agressions sexuelles et sachent en reconnaître les multiples formes.

Le dépistage de la violence conjugale et sexuelle

Il est nécessaire de détecter le plus tôt possible les situations de violence vécues par les femmes et les jeunes filles. Le dépistage permet de reconnaître les femmes qui ont besoin d'une aide particulière, soit pour quitter un conjoint violent, et ainsi sortir du cycle de la violence, ou pour dévoiler une situation d'agression sexuelle, passée ou récente, qui empoisonne la vie. L'efficacité du dépistage repose sur une formation spécialisée et continue des intervenantes et intervenants afin de bien comprendre les problématiques complexes de la violence conjugale et sexuelle.

Les services offerts aux femmes victimes de violence conjugale et sexuelle

Pour répondre aux besoins des femmes victimes de violence conjugale et sexuelle, des actions diverses et cohérentes doivent être enclenchées. En plus de soins cliniques variés, les femmes victimes de violence ont besoin d'être écoutées et protégées adéquatement, afin de retrouver confiance en elles et, ainsi, reprendre le pouvoir sur leur vie. Les actions de concertation et de collaboration devront être maintenues afin d'assurer la qualité, la continuité et l'accessibilité des services qui leur sont offerts. Il est crucial de diffuser l'information sur les services accessibles aux femmes, afin qu'elles sachent où trouver de l'aide. De même, le personnel travaillant auprès de cette clientèle doit être soutenu par des formations spécialisées selon les différentes formes de violence.

Dans ces dossiers, il convient de tenir compte des contextes régionaux et des réalités propres à différents groupes : les femmes autochtones, les femmes immigrantes et celles appartenant aux communautés culturelles, les femmes handicapées physiquement ou intellectuellement, les lesbiennes, les femmes marginalisées telles celles qui vivent d'activités sexuelles.

- ***Élaborer un second plan d'action afin de poursuivre la mise en œuvre des volets liés à la santé et aux services sociaux de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Ce plan identifiera des actions destinées à :***
  1. ***promouvoir les rapports égalitaires entre les sexes, particulièrement chez les jeunes garçons et filles ;***
  2. ***soutenir la formation sur le dépistage de la violence conjugale ;***
  3. ***assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts aux femmes victimes de violence ;***
  4. ***consolider la concertation au sein du réseau et des partenaires intersectoriels et s'assurer de la cohérence des actions entre eux ;***
  5. ***veiller à la réalisation de l'évaluation du second plan d'action.***

– La violence conjugale –

- ***Assurer la mise en œuvre des volets liés à la santé et aux services sociaux du plan d'action découlant des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, notamment :***
  1. ***sensibiliser et informer la population afin de prévenir les agressions sexuelles ;***
  2. ***assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts aux victimes ;***
  3. ***favoriser la formation adéquate des intervenantes et intervenants ;***
  4. ***collaborer à l'évaluation de la mise en œuvre des orientations.***

– La violence sexuelle –

Les femmes tirant revenu d'activités sexuelles

Pour diverses raisons, la problématique vécue par les femmes qui vivent d'une activité sexuelle a été, pendant longtemps, écartée des sujets de la recherche féministe. Dans le débat plus récent entourant cette question, nous retrouvons deux grands courants de pensée. L'un d'eux utilise le terme travail du sexe pour rendre compte de cette réalité, faisant en sorte que la prostitution soit considérée comme un métier. Un autre courant de pensée emploie le terme « prostitution » et soutient que la prostitution n'est pas un choix de travail mais plutôt l'exploitation du corps de la femme et même d'enfants. Cette seconde vision implique que les prostituées doivent être aidées, mais les clients et proxénètes condamnés. La façon d'analyser cette problématique diffère donc grandement d'un courant de pensée à l'autre.

Quoiqu'il en soit, les femmes prostituées vivent intensément les rapports de domination des hommes sur les femmes. Plusieurs d'entre elles

sont également confrontées à de nombreux préjugés, de sorte qu'elles font l'objet de discrimination et sont marginalisées. De plus, nous savons qu'elles sont très nombreuses à connaître d'importants problèmes sociaux et de santé, notamment les maladies sexuellement transmissibles (MTS), l'infection par le VIH, la violence, le manque de suivi psychosocial et médical à l'occasion d'une grossesse et après l'accouchement, etc.

La pauvreté est aussi étroitement liée à la prostitution. Une récente recherche du Conseil du statut de la femme, sur le sujet, met clairement en relation la pauvreté avec la prostitution des femmes, des adolescentes et des adolescents. On y développe la notion de prostitution de survie.

Actuellement, nous avons peu de données sur ces femmes. Cependant, nous savons « qu'une portion non négligeable de personnes pratiquant la prostitution y font leur début avant l'âge de 18 ans »[20], que cette activité est majoritairement hétérosexuelle et féminine. Selon les diverses études, peu de prostituées auraient plus de 25 ans. Elles utilisent également diverses drogues ou substances leur permettant de « s'évader vers un autre monde » afin de supporter les difficultés liées à la pratique de la prostitution. Elles peuvent aussi être utilisées, par des organisations criminelles, comme revendeuses de drogue.

En conséquence, le rapport de ces femmes aux services sociaux et de santé est teinté de toute cette réalité. Ainsi, elles fréquentent moins le réseau sociosanitaire, que ce soit pour des questions de conditions de vie difficiles et de survie, de fragilité physique ou mentale, de marginalisation, d'ignorance, de crainte ou de méfiance. Pour leur venir en aide, il faut obligatoirement penser à des interventions ciblées répondant à leurs besoins. À cet égard, la stratégie québécoise de lutte contre les MTS vise à adapter des services aux populations les plus vulnérables, dont ces femmes.

- ***Assurer la prise en compte des besoins des femmes qui vivent d'activités sexuelles dans la programmation des services en :***
  1. ***sensibilisant les instances aux réalités de ces femmes ;***
  2. ***encourageant les professionnels de la santé et des services sociaux à faire preuve d'ouverture, de tolérance et de souplesse à leur endroit (ex. : plage horaire sans rendez-vous) ;***
  3. ***appuyant diverses modalités de services dans leur milieu de vie (ex. : unité mobile de prévention ou de dépistage).***

– Les femmes tirant revenu d'activités sexuelles –

La santé physique

La santé d'une population est souvent définie par l'espérance de vie et le taux de mortalité. À ce sujet, nous savons que les femmes meurent plus tardivement que les hommes et qu'elles meurent principalement de maladies cardiovasculaires, de cancer de l'appareil respiratoire ou du sein et de maladies liées au vieillissement. L'espérance de vie des femmes se compare avantageusement à celle des hommes. Par contre, elles sont, au cours de leur vie, plus souvent touchées par la maladie et, par conséquence, elles font appel au réseau de la santé et des services sociaux plus souvent que les hommes. Ce recours aux services présente l'avantage d'offrir une occasion d'agir de façon préventive auprès des femmes.

20. Sylvie GENDRON et Catherine HANKINS, *Prostitution et VIH au Québec : bilan des connaissances*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Unité de maladies infectieuses, décembre 1995, p. 10-11.

Par ailleurs, les femmes connaissent un plus grand nombre d'années d'incapacité due à la longévité. Avec les nombreuses responsabilités qui leur ont été traditionnellement attribuées, elles subissent également plus de stress que les hommes[21]. Ainsi, des indicateurs, autres que le taux de mortalité, témoignent de leur état de santé. Ces indicateurs se retrouvent parmi les cinq déterminants de la santé : les habitudes de vie, l'environnement physique et social dont font partie les rapports sociaux et l'organisation des soins et des services. C'est pourquoi, dans les dossiers sur la santé physique, nous aborderons non seulement les facteurs endogènes ou biologiques venant modifier la santé physique des femmes mais également des facteurs sociaux, dans lesquels évoluent les femmes.

Les maladies cardiovasculaires[22]

Nous savons que ces maladies comptaient, en 1998, un nombre quasi équivalent de décès pour les hommes et les femmes (9 292 et 9 159). À ce sujet, ce qui différencie les femmes des hommes, c'est le fait que leur décès survient à un âge un peu plus avancé. Plusieurs facteurs de risque tels les concentrations faibles de « bons cholesterol (HDL) » et le diabète sont associés à certaines maladies cardiovasculaires. D'autres sont propres aux femmes comme la prise de contraceptifs oraux lorsque jumelée au tabagisme. On attribue également aux femmes des habitudes de vie néfastes pour l'ensemble du système cardiovasculaire : le tabagisme, l'augmentation du stress dû à la double responsabilité professionnelle et parentale ainsi que la sédentarité d'un grand nombre d'entre elles.

Les études sur les maladies cardiovasculaires vécues au féminin doivent davantage guider nos interventions. Jusqu'à tout récemment, la majorité des recherches portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement de ces maladies étaient réalisées majoritairement auprès des hommes. La Fondation des maladies du cœur s'est d'ailleurs donné comme objectif de mieux cerner ces maladies chez les femmes. Il convient donc de poursuivre le travail entrepris et de compléter les diverses recherches pertinentes sur cette question afin de cibler les interventions les plus prometteuses sur le plan de la prévention ou du traitement auprès des femmes.

- ***Cibler et adapter les interventions préventives et curatives à réaliser auprès des femmes en encourageant l'utilisation des nouvelles connaissances concernant la spécificité des maladies cardiovasculaires chez ces dernières.***

– Les maladies cardiovasculaires –

Les cancers

La probabilité pour les Québécoises d'être atteintes d'un cancer au cours de leur vie s'élève à environ 37 %. Depuis 1993, le cancer du poumon a devancé celui du sein comme principale cause de décès par cancer chez les femmes. En effet, le taux de mortalité par cancer du poumon a augmenté de près de 200 %, entre 1977 et 1998, alors qu'il a diminué de 15 % pour le cancer du sein.

Le cancer du sein demeure toutefois la principale forme de cancer chez les femmes[23]. Il est reconnu que la détection précoce du cancer du sein offre de bonnes chances de guérison pour les femmes. Présentement, quoique le recours à la mammographie soit assez répandu chez les femmes de 50 à 69 ans, il demeure insuffisant puisque l'objectif visé par le programme de dépistage se situe à 70 % des femmes de ce groupe d'âge.

21. Ce constat est fait dans les rapports sur la santé, tiré du *Rapport annuel 2001* publié par Statistique Canada.

22. La problématique des maladies cardiovasculaires fait partie du quatrième objectif du plan stratégique du ministère : il y est prévu d'agir préventivement sur les principales maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires.

23. On rapporte « qu'une femme sur neuf en sera atteinte au cours de sa vie », dans le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Rapport d'activité des années 1998 et 1999*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 3.

Dans le *Programme québécois de lutte contre le cancer* et dans son plan d'action, des mesures sont prévues en matière de recherche, de traitement et d'adaptation-réadaptation des personnes atteintes, pour neuf types de cancers, dont le cancer du sein et les cancers gynécologiques[24]. À cet égard, les données démontrent que le dépistage par le test de PAP permettrait une réduction de 60 % de la mortalité due au cancer du col de l'utérus[25].

Dans le cadre de ces travaux, le ministère vise à la fois la diminution de la mortalité et de la morbidité dues au cancer chez les femmes et l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches. Pour assurer le suivi de l'implantation du *Programme québécois de lutte contre le cancer*, il sera important de s'assurer que les indicateurs de suivi sont sexués.

- ***Identifier les actions du Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe :***
  1. ***pour lutter contre le cancer du poumon chez les femmes ;***
  2. ***pour lutter contre le cancer du col de l'utérus.***
- ***Poursuivre l'implantation et le suivi du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.***

– Les cancers –

L'image corporelle

Une image vaut mille mots ! Ce vieil adage reçoit encore confirmation de nos jours. L'image modèle du « féminin » est jeune, svelte et sans imperfection. Même si, depuis les 25 dernières années, les femmes ont pris de plus en plus leur place dans toutes les sphères de la société, il n'en demeure pas moins qu'elles sont confrontées à cette image de la femme. Elles sont sollicitées pour modifier leur corps vieillissant ou esthétiquement inadéquat selon les critères de beauté projetés socialement.

La relation d'une femme à son corps peut s'avérer une périlleuse recherche de perfection, alimentée par les différents véhicules publicitaires ou d'information. Des cheveux colorés aux chirurgies esthétiques, il y a plusieurs technologies proposant aux femmes de tout âge la reconstruction de leur corps.

Les schémas corporels des femmes sont fort diversifiés : non seulement nous constatons des différences de poids entre les femmes elles-mêmes, mais des étapes de vie appellent aussi des transformations qui marquent le corps. Les rondeurs, symbole de la fécondité, font naturellement partie intégrante de la nature du corps des femmes. La santé et le bien-être des femmes se trouvent toutefois menacés par deux problématiques intimement liées à l'image corporelle : l'obésité ou l'excès de masse adipeuse et la préoccupation excessive à l'égard de la beauté au féminin.

Dans cette première stratégie d'action, nous abordons davantage la préoccupation liée au poids. Les toutes dernières statistiques de l'*Enquête sociale et de santé 1998* nous révèlent des données fort préoccupantes. Le problème d'excès de poids dans la population croît constamment. En 1987, 19 % des personnes de 15 ans et plus présentaient un excès de poids ; une décennie plus tard, 28 % y sont confrontées, ce qui signifie une augmentation de 47 %. L'excès de poids touche proportionnellement 32 % des hommes et 24 % des femmes. Paradoxalement, les femmes se préoccupent davantage de leur poids. L'accumulation abdominale comporte davantage de préjudices pour la santé et affecte plus souvent les hommes. Chez les femmes, l'excès de masse adipeuse se loge plutôt aux cuisses, aux fesses et aux hanches.

24. Le *Programme québécois de lutte contre le cancer* fait partie de l'objectif 10 du plan stratégique du ministère, p. 35.

25. Voir les divers comportements de santé propres aux femmes dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « La santé et le bien-être », chapitre 11, pages 231, 233, 240, 241, 245 et 247.

Certaines femmes utilisent des moyens risqués pour se conformer aux standards de beauté qui leur sont proposés. Ainsi, nous voyons un nombre de plus en plus élevé de femmes se procurer des produits « miracles », suivre des diètes de manière répétitive ou passer sous le bistouri. Au désir démesuré de se conformer à un modèle idéal correspond un prix à payer sur le plan psychologique. D'où l'importance de diffuser des informations justes, notamment sur les techniques esthétiques, sur les régimes amaigrissants et les risques qu'ils comportent pour la santé. À ce titre, le programme *Choisir de maigrir*[26] se veut une alternative aux diètes conventionnelles.

Au moment de la puberté, le corps des jeunes filles subit de profondes transformations. L'ensemble de ces transformations influe sur l'image corporelle, l'identité sexuelle et l'estime de soi des adolescentes. Tout comme l'ensemble des femmes, la majorité des adolescentes se situent dans la catégorie poids santé. En comparaison aux garçons du même âge, elles sont moins nombreuses à avoir des kilos en trop, mais elles affichent en plus grand nombre un poids insuffisant. Pourtant, 57 % d'entre elles souhaitent perdre du poids pour des raisons esthétiques[27]. Les messages associés aux standards de beauté incitent à la recherche de la minceur excessive[28].

Que faire pour que les femmes ressentent une plus grande satisfaction corporelle et exercent de meilleurs choix de santé ? Le programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau*, expérimenté en milieu scolaire, vise la promotion d'une image corporelle saine. On y cherche essentiellement à développer et à consolider l'estime de soi des jeunes par l'acquisition d'attitudes positives et de comportements sains à l'égard du corps, du poids, de l'alimentation et de l'activité physique.

La mise en place de programmes sur l'obésité ou la préoccupation excessive à l'égard du poids implique une concertation avec le milieu. Il faut tenir compte du contexte propre à chacune des régions et travailler de concert avec les directions de santé publique et les CLSC concernés.

- ***Élaborer et mettre en œuvre des interventions dans les écoles, axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, dont une alimentation adéquate, en tenant compte des différences liées au sexe.***
- ***Inscrire la problématique de l'image corporelle et de la préoccupation excessive à l'égard du poids au Programme national de santé publique.***

– L'image corporelle –

Les habitudes de vie

Nous savons que les habitudes de vie diverses ont un impact majeur sur la santé et le bien-être. Les facteurs sociaux déterminants pour la santé sont d'ailleurs intégrés à l'analyse des problématiques afin d'avoir une vision globale de la santé. À cet égard, des interventions promotionnelles et préventives sur le tabagisme, l'alimentation, l'environnement et les toxicomanies contribuent à diminuer l'incidence de plusieurs problèmes de santé physique.

Le tabagisme

Actuellement, plusieurs travaux établissent des relations de cause à effet entre les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies cardiovasculaires et différentes formes de cancer avec le tabagisme. Le taux de mortalité des

26. La Direction générale de la santé publique a été associée à la réalisation de ce programme du Collectif action alternative en obésité (CAAO).

27. Caroline GIRARD, *Des nouvelles d'elles : les jeunes femmes du Québec. Document d'information sur les jeunes Québécoises de 15 à 29 ans*, Conseil du statut de la femme, 2002, p. 60.

28. Soulignons également que la préoccupation à l'égard de l'apparence physique n'échappe pas aux jeunes garçons et peut les conduire à la prise de stéroïdes anabolisants. La publicité les bombardent d'images stéréotypées d'hommes très musclés.

femmes, dû aux maladies cardiovasculaires et au cancer, reflète l'augmentation du tabagisme chez celles-ci au cours des années 30 à 70.

Cette augmentation s'explique, en partie, par le fait que les jeunes femmes fument de plus en plus. Cette réalité est inquiétante puisque la diminution graduelle du tabagisme semble s'être arrêtée au cours de la dernière décennie et qu'elle ne s'est pas concrétisée significativement chez les femmes. Il faut donc intensifier les interventions auprès des femmes. Pour ce faire, il sera utile de travailler à mieux comprendre les particularités des femmes et des hommes qui fument ainsi que ce qui les a incités à fumer. Pour poursuivre les interventions ministérielles de lutte contre les méfaits du tabac, le ministère a diffusé son plan de lutte contre le tabagisme. Ce plan vise à sensibiliser la population, jeunes et moins jeunes, aux conséquences nocives de l'usage du tabac sur la santé. Il permettra également de sensibiliser la population aux effets nocifs du tabagisme sur la santé reproductive ainsi que sur le fœtus. Le ministère intensifiera également la promotion de l'arrêt tabagique.

- ***Intensifier la disponibilité des services de soutien à l'arrêt tabagique, entre autres, pour les femmes.***

– Le tabagisme –

Les toxicomanies

Outre le tabagisme, d'autres formes de toxicomanie ont également des conséquences nocives sur la santé des femmes, mais la dépendance des femmes est souvent occultée des analyses diverses. Pourtant, les femmes dépendantes de l'alcool utilisent en plus grand nombre les services de santé et les services sociaux. « Elles présentent également des symptômes de toxicomanie d'une plus grande gravité[30] ». En 1997, les femmes rejoignaient les hommes dans la consommation de drogues illicites (11 % contre 14,2 %). Elles prenaient aussi davantage de psychotropes, notamment les femmes de 45 ans et plus[30].

Selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la consommation de psychotropes progresse constamment depuis 1997 et cette consommation ne semble pas diminuer avec l'âge. Les femmes âgées de 65 ans et plus, non hébergées et inscrites à l'assurance médicament, gérée par la RAMQ, reçoivent 65,2 % des ordonnances pour le système nerveux central. Dans cette catégorie de médicaments, nous retrouvons « la sous-classe des anxiolytiques, des sédatifs et des hypnotiques (...) utilisés à court, moyen et long terme dans le traitement de diverses pathologies liées à l'anxiété et à l'insomnie[31] ». La proportion de femmes âgées consommant ces médicaments (23 %) est presque deux fois plus élevée que celle chez les hommes (14,3 %).

Les psychotropes, les antidépresseurs et les tranquillisants font également partie de cette catégorie de médicaments. On retrouve 9,3 % de femmes âgées qui consomment ces médicaments comparativement à 4,8 % d'hommes.

Les toxicomanies sont également préoccupantes lorsqu'elles touchent la période où les femmes et les hommes sont susceptibles de procréer. Il est connu qu'elles ont des effets à la fois sur la capacité de procréer et sur celle de mener à terme une grossesse dont l'aboutissement est un enfant en santé. De graves conséquences liées aux diverses formes de toxicomanie sont observées chez les enfants de parents toxicomanes : prématurité, faible poids à la naissance et carence dans le développement psychomoteur.

29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 10.

30. L'importante consommation de psychotropes chez les femmes est confirmée depuis plus de 20 ans notamment dans *Quand les femmes parlent de leur santé* puis dans *Derrière les apparences : Santé et conditions de vie des femmes*. Louise Guyon aborde dans ces deux documents la consommation de médicaments qui va en augmentant depuis 1987 et constate le fait que les femmes se voient prescrire deux fois plus de tranquillisants que les hommes.

31. Louise BARNARD et autres, *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*. Régime d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec, Québec, 2001, p. 17, 87 p.

Le *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001* cible de façon particulière les besoins des femmes et des jeunes, notamment des jeunes femmes. Les *Orientations, axes d'intervention, actions – Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie* mentionnent la problématique de l'abus de psychotropes chez les femmes plus âgées, celle de la consommation de drogues illicites chez les jeunes femmes ainsi que chez les femmes qui sont incarcérées. Le document mentionne aussi l'importance de prévenir la consommation de drogues et d'alcool auprès des femmes enceintes.

Des interventions devront être réalisées pour répondre aux besoins spécifiques des femmes autant qu'à ceux des hommes. Il importera également de mettre en place des indicateurs distincts pour chacun des sexes.

- ***Réaliser un suivi de l'implantation des activités qui s'adresseront aux femmes, dont les plus âgées, les jeunes et celles qui sont incarcérées au moment de la mise en œuvre des orientations, des axes d'intervention et des axes de prévention en toxicomanie.***

– Les toxicomanies –

La sédentarité

Plusieurs études ont démontré les bienfaits de l'activité physique sur l'état de santé physique et mentale. Selon Kino-Québec, les femmes de 25 à 44 ans vivent une importante diminution de la pratique d'activités physiques. Cette diminution, qui amène un risque de sédentarité future, peut causer des problèmes de santé physique à court, moyen et long terme.

Plusieurs explications permettent de déterminer les raisons qui freinent la participation de ces femmes à des activités physiques. Signalons principalement que c'est à cette période de la vie qu'elles ont des enfants tout en étant également actives sur le marché du travail. Ainsi, l'épuisement dû au cumul des tâches serait une explication importante à la diminution de la pratique d'activités physiques. Les femmes perçoivent l'activité physique comme un supplément aux tâches quotidiennes, après le temps à consacrer aux enfants et aux travaux ménagers.

Selon les dernières données, les femmes canadiennes font encore plus souvent que les hommes la vaisselle, la cuisine et la lessive. Elles veillent également plus qu'eux à l'éducation des enfants[32]. La lutte à la sédentarité doit donc être regardée dans une analyse plus globale des rôles sociaux attribués aux hommes et aux femmes, au partage des tâches familiales et au besoin de réalisation personnelle des femmes, dont celles âgées de 25 à 44 ans.

- ***Réaliser une campagne de communication pour promouvoir l'activité physique en considérant les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes.***

– La sédentarité –

32. Un sondage Léger Marketing, tenu du 5 au 9 février 2002 et dévoilé dans les divers quotidiens québécois le 4 mars 2002, constate la répartition inégale des tâches dans le couple.

La santé mentale

Depuis maintenant près de 10 ans, la santé mentale des femmes et des hommes fait l'objet de plusieurs analyses comparées. En 1996, on mettait en évidence le fait que les femmes souffrent plus de dépression sévère et de détresse psychologique que les hommes, ce qui permettait la reconnaissance du sexe des personnes comme facteur déterminant au regard de la santé mentale. Des concepts, comme l'estime de soi et le sentiment de contrôle sur sa vie, sont essentiels dans tout processus visant le maintien ou la restauration de la santé mentale.

Il importe de poursuivre les travaux entrepris en santé mentale et de prévoir la mise en place de réseaux de services intégrés pour les clientèles ayant des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, le ministère désire faire suite à la vaste consultation sur la transformation des services de santé mentale et adapter les services aux réalités vécues par les femmes[33]. Pour ce faire, il s'est donné trois objectifs.

Le premier de ces objectifs vise à mettre en place ou à consolider huit types de services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants, dont le soutien aux familles et aux proches. On reconnaît donc ici l'importance du rôle de soutien que jouent les femmes auprès des personnes atteintes et l'importance de leur offrir des ressources procurant un répit, une entraide et un soutien pour les services à domicile. De plus, par cet objectif, on désire assurer la disponibilité des ressources pour les mères ayant des difficultés de santé mentale, afin qu'elles puissent s'occuper de leurs enfants ou les faire garder en toute sécurité.

Le deuxième objectif favorise la formation des ressources humaines offrant des services de santé mentale et, en priorité, à celles et ceux dont le rôle et la tâche se sont modifiés de façon importante par la transformation des services. Les programmes de formation continue devraient, en priorité, viser l'acquisition de connaissances et le développement d'aptitudes nécessaires pour donner une réponse adaptée aux besoins particuliers des femmes et des hommes.

Le troisième objectif vise à réorienter la recherche et l'évaluation de manière à soutenir la transformation des services et à rendre compte des résultats. Ainsi, au cours des années à venir, les recherches et les évaluations devront s'ajuster aux priorités de cette transformation en tenant compte des particularités selon les sexes.

Dans le cadre de l'actualisation de l'ensemble des objectifs et des mesures du plan d'action pour la transformation des services en santé mentale, les services mis en place doivent couvrir adéquatement les besoins des femmes atteintes d'un problème de santé mentale grave et persistant ainsi que ceux de leurs enfants. Les travaux devraient également permettre d'assister les personnes qui viennent en aide à celles ayant un problème de santé mentale en leur apportant un soutien adéquat. Finalement, il importe de poursuivre les travaux visant à déterminer les indicateurs sexués qui permettront d'assurer le suivi de la transformation des services.

La mise en place de services, qui soient adaptés aux femmes et aux hommes, doit se concrétiser par l'entremise de la planification stratégique des régies régionales. Par ailleurs, le ministère met l'accent sur l'acquisition des connaissances et le développement des aptitudes du personnel travaillant dans le domaine de la santé mentale afin de faciliter l'organisation régionale des services.

33. Voir, à cet égard, le *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 46 p.

- ***Offrir des activités d'acquisition de compétence au personnel travaillant en santé mentale, qui tiennent compte des approches différenciées selon les sexes afin de couvrir adéquatement les besoins.***
- ***Déterminer les indicateurs sexués qui permettront d'assurer le suivi de la transformation des services de santé mentale.***

– La santé mentale –

L'évolution de la prestation des services : ses effets sur les principales actrices

Au cours des années 90, le réseau de la santé et des services sociaux a connu des modifications majeures dans la façon de donner les services. Les impacts de ces transformations ont été importants sur les conditions de vie des femmes au travail et des femmes qui œuvrent à domicile, notamment par le soutien qu'elles offrent à leurs proches. Ces transformations sont également perceptibles sur l'organisation du travail et sur ses principaux acteurs et actrices.

Le rapport intitulé *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*[34] soulève plusieurs difficultés auxquelles est confronté le réseau de la santé et des services sociaux : manque de services de base, démobilisation du personnel, etc. Un défi supplémentaire se pose dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des demandes de services pour soutenir les familles et les enfants. En effet, ce rapport soutient que ces phénomènes entraîneront une importante réflexion sur les valeurs de la société et sur l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux. Afin de faire face à ces différents défis, le processus de transformation de ces services est déjà amorcé, tant dans le secteur médical que dans le secteur social.

Les travailleuses du réseau

Le réseau de la santé et des services sociaux repose en grande partie sur le travail quotidien de femmes, notamment en ce qui a trait à la prestation des soins. Particulièrement éprouvé au cours des dernières années, le personnel du réseau connaît une importante hausse de l'absentéisme au travail et est touché par un taux élevé de détresse psychologique. Certains travaux visent à assurer une disponibilité de main-d'œuvre qualifiée. Pour ce faire, le ministère regarde la répartition des ressources humaines, les moyens informationnels et les méthodes de budgétisation[35]. Des travaux visant l'équité salariale sont également en cours.

Par ailleurs, il revient aux organismes communautaires, en collaboration avec les régies régionales, de questionner les effets de la transformation des services auprès de leurs travailleuses.

34. Aussi appelé *Rapport Clair*.
35. Voir le plan stratégique du ministère, axe 2, p. 41.

- ***Actualiser les plans d'action des rapports de planification de la main-d'œuvre, en tenant compte, entre autres, des besoins des travailleuses, et assurer les suivis réguliers selon les différents volets.***
- ***Poursuivre les travaux sur l'équité salariale avec les partenaires gouvernementaux et syndicaux.***

— Les travailleuses du réseau —

L'organisation des soins et des services

Des travaux ministériels tenant compte de l'ADS portent sur l'organisation des soins et des services et questionnent les modèles de cette organisation du travail à la suite de la transformation des services offerts à la population. La démobilisation du personnel à l'égard de certains emplois, comme ceux de soir ou de nuit, ou encore avec des clientèles plus lourdes, pose des défis importants sur le plan de l'aménagement du travail qui tient compte des besoins de la population ainsi que de ceux du personnel.

La présence des femmes dans la profession médicale vient également colorer les pratiques médicales. Les impacts de ce phénomène semblent être divers : allongement du temps de visite des patients, diminution du nombre de patients rencontrés par jour, diminution du nombre d'heures de travail, etc. Il est important de documenter cette transformation récente de la pratique médicale dans un contexte où le ministère prévoit dans son plan stratégique la révision des plans régionaux des effectifs médicaux et la mise sur pied des groupes de médecine familiale. Des travaux sont aussi prévus, en collaboration avec les instances responsables de la formation médicale, pour revoir les programmes de formation des médecins afin de les sensibiliser aux réalités distinctes des femmes et des hommes.

- ***Cerner en profondeur les impacts socioéconomiques et organisationnels de la féminisation de la médecine en complétant des travaux de recherche pour comprendre les modèles de pratique médicale des femmes et des hommes.***
- ***Sensibiliser et inciter les instances responsables de la formation médicale à l'importance d'intégrer les éléments d'une analyse différenciée selon le sexe dans le traitement d'une patiente et d'un patient.***
- ***Poursuivre la recherche auprès du personnel soignant de la région de Québec sur les modèles d'organisation du travail.***
- ***Poursuivre le suivi de la transformation des services en santé physique et des effets de cette transformation sur l'accessibilité et la continuité des services.***

– L'organisation des soins et des services –

Les proches aidantes

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux permet à des personnes qui ont des incapacités, temporaires ou permanentes, de demeurer à domicile et d'y recevoir les soins nécessaires. À cet égard, il est reconnu que les familles, principalement les femmes [36], assument la majeure partie des soins aux personnes à domicile. Or, cette responsabilité exige des investissements souvent importants de la part de ces proches.

Pour les femmes, de tout âge et de tout milieu socioéconomique, la conciliation entre les exigences du marché du travail, les tâches familiales quotidiennes et celles liées aux soins à donner aux personnes à domicile, est souvent difficile à réaliser. Cette conciliation exige un investissement physique et moral qui peut mener à l'épuisement. Plusieurs recherches permettent de constater que ces femmes se voient parfois transférer des responsabilités à l'égard de soins souvent spécialisés, leur occasionnant un stress supplémentaire. Dans un contexte où les femmes sont généralement plus pauvres que les hommes, l'investissement qui leur est exigé a d'importantes conséquences tant au niveau financier que personnel.

36. Depuis la fin des années 80, plusieurs études portent sur cette question. L'analyse de Louise Garant et Mario Bolduc, de juin 1990, ainsi que de nombreux travaux confirment la présence massive des femmes comme aidantes.

Prendre soin, dans un contexte familial, d'une personne semi-autonome ou non autonome fait appel à une organisation qui doit être fondée sur un engagement libre de la personne aidante envers la personne aidée ainsi que sur une conciliation travail et famille. Cette organisation doit également s'appuyer sur une réelle reconnaissance, par les partenaires du réseau de la santé, des tâches accomplies par la personne aidante. Elle doit aussi être fondée sur un véritable partenariat entre les professionnels et ces personnes. Le ministère reconnaît cette réalité[37] et vise à améliorer le soutien aux personnes ayant des incapacités et à leurs proches.

- ***Soutenir la réalité des personnes aidantes en :***
  1. ***poursuivant le développement des services à domicile ;***
  2. ***soutenant la mise en place d'une gamme de services harmonisée dans tous les territoires de CLSC ;***
  3. ***implantant un outil d'évaluation des besoins des proches aidantes et aidants, commun à tous les CLSC ;***
  4. ***rehaussant graduellement l'offre de services aux proches aidantes et aidants.***

– Les proches aidantes –

37. Voir le plan stratégique du ministère, 6e objectif.

Objectif 3

Améliorer notre connaissance de la population féminine et de ses besoins

- Les jeunes femmes
- L'exploitation sexuelle
- Les alternatives à la médecine
- La reproduction humaine et la génétique
- La santé des populations et les transformations des milieux de vie et de l'environnement

Les jeunes femmes

La documentation existante porte sur des aspects morcelés des conditions de vie des jeunes filles tels le tabagisme, la prise d'anovulants, la consommation d'alcool, la détresse psychologique. De plus, peu de documents s'attardent au développement sain ou à l'influence que peuvent avoir les rapports sociaux. Pour agir préventivement, il serait pertinent de développer une connaissance plus globale de ce groupe d'âge qui accorderait une attention particulière aux difficultés liées à la sexualité, à la reproduction ainsi qu'à l'image que se font les adolescentes de leur corps.

En effet, les femmes traversent à l'adolescence une période de vie où la sexualité, la reproduction et l'image qu'elles se font de leur corps deviennent de grandes préoccupations. C'est également une période d'intégration des rôles sociaux. C'est pourquoi, à l'adolescence, émergent des questionnements intenses sur les relations amoureuses. Ces relations s'expriment et s'expérimentent différemment selon les sexes et l'orientation sexuelle. Il importe de comprendre l'influence de ces rôles et rapports sur les nombreux facteurs de risque et de protection au moment de l'adolescence, afin d'outiller davantage les responsables de la planification et de la coordination des activités de promotion et de prévention ainsi que les intervenants et intervenantes du réseau.

L'intolérance parfois manifestée à l'endroit de l'homosexualité ainsi que son invisibilité dans les milieux de vie dont celui des jeunes créent un sentiment d'isolement chez les jeunes homosexuels. Ceci est particulièrement vrai chez les femmes qui, plus tardivement que les hommes, se reconnaissent comme lesbiennes ou bisexuelles. Or, même si nous possédons peu de données sur ces deux groupes de femmes, nous savons que la marginalisation et la discrimination vécues par celles-ci ont des conséquences importantes sur leur santé et leur bien-être, entre autres, au cours de l'adolescence. L'*Enquête sociale et de santé*, effectuée en 1998, qui offre pour la première fois l'occasion de tracer un portrait sociodémographique des personnes hétérosexuelles, homosexuelles et bisexuelles, souligne l'importance d'accorder une plus grande attention au bien-être psychologique des personnes vivant l'homosexualité et la bisexualité.

La stratégie d'action du ministère face au suicide, *S'entraider pour la vie*, s'attarde à cette période de la vie qu'est l'adolescence en plus de nommer la difficulté de la reconnaissance ou de l'acceptation de l'orientation sexuelle comme un facteur associé au suicide et aux comportements suicidaires. Les filles de 14 à 19 ans y sont ciblées comme étant des clientèles à risque.

Par ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec, qui travaille également sur la problématique plus large des jeunes, a inscrit à son plan de travail la production d'un cadre de référence pour soutenir la mise en place d'interventions de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes de 6 à 17 ans.

- ***Documenter le phénomène des comportements et des idées suicidaires chez les jeunes filles, en considérant leur orientation sexuelle.***
- ***Poursuivre les travaux visant à soutenir la mise en place d'interventions de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes de 6 à 17 ans, notamment pour le volet lié au rôle joué par les rapports sociaux dans certains facteurs de protection et de risque chez les jeunes filles.***

– Les jeunes femmes –

L'exploitation sexuelle

Les clients qui demandent des services sexuels sont, pour la plupart, des hommes mariés, âgés entre 30 et 50 ans et qui ont des enfants. Ils proviennent de tous les milieux socioéconomiques. Des études montrent également qu'une proportion non négligeable de ces clients consomment du matériel pornographique[38]. L'exploitation sexuelle des femmes et des enfants est basée sur cette réalité.

L'exploitation sexuelle est une activité économique qui génère des profits importants, notamment pour des organisations criminelles. La prolifération de la pornographie infantile et adulte ainsi que du commerce illicite des femmes à des fins d'exploitation sexuelle en sont des éléments clés. Les Nations Unies évaluaient, en 1997, à quatre millions le nombre de personnes dans le monde, majoritairement des femmes et des enfants, qui, chaque année, font l'objet de trafic sexuel. La Gendarmerie royale du Canada et Immigration Canada estiment que 8 000 à 10 000 femmes arrivent au Canada chaque année et seraient victimes d'exploitation sexuelle. Très lucratif, le phénomène ne cesse de prendre de l'ampleur[39].

Au Québec, on commence à peine à aborder cette question. Le Conseil du statut de la femme vient de corroborer nos connaissances avec une récente recherche sur cette question. Le ministère désire stimuler la production de recherches sur cette problématique pour cerner davantage les besoins des femmes exploitées sexuellement dans le domaine de la santé ainsi qu'en matière de services sociaux.

Le trafic sexuel des femmes immigrantes nous rappelle que l'industrie du sexe repose en grande partie sur la vulnérabilité des femmes et des enfants puisqu'il est lié à la pauvreté, à la violence, à la toxicomanie, etc. De plus, certaines données nous indiquent qu'une très forte proportion de femmes autochtones se trouve parmi les prostituées de rue[40].

- ***Réaliser une recherche sur les besoins en santé et en matière de services sociaux auprès des femmes vivant d'activités sexuelles et de celles exploitées sexuellement.***

– L'exploitation sexuelle –

Les alternatives à la médecine

Le processus du vieillissement chez la femme fait en sorte qu'elle connaît des changements hormonaux importants et qu'elle vit plus longtemps avec des incapacités physiques. Pour ralentir la progression de ces incapacités ou réduire les effets de la ménopause, de nombreuses femmes se tournent vers des alternatives à la médecine. Des femmes les perçoivent comme des médecines alternatives qui proposent des soins et traitements autres que ceux apportés par la médecine conventionnelle de sorte que ces alternatives se développent rapidement.

38. Sylvie GENDRON et Catherine HANKINS, *Prostitution et VIH au Québec : Bilan des connaissances*, Montréal, Direction de la santé publique de Montreal-Centre, Unité des maladies infectieuses, 1995, 47 p.

39. Geneviève ANGERS, « Bons baisers de Russie », *Gazette des femmes*, vol. 23, nº 6, mars-avril 2002, p. 15.

40. Dans OUIMET, Michèle. « Un metier sans pitié », *La presse*, 12 septembre 2000, p. A1, on mentionne cette réalité à Winnipeg. Même si elle n'est pas encore très documentée au Québec, tout porte à croire qu'elle est la même qu'à Winnipeg.

Dans certains cas, ces alternatives apportent aux femmes des solutions là où elles ont l'impression de ne pas recevoir de réponse adéquate devant des problèmes de santé. Ces alternatives sont aussi perçues comme plus respectueuses de la vie humaine, de la nature et de la relation de l'humain avec l'écosystème. À titre d'exemple, le mouvement en faveur du développement des services de sages-femmes s'inscrivait, à ses débuts, dans ce contexte.

Pour bon nombre de femmes, les pratiques alternatives à la médecine sont considérées comme des réponses adéquates à leurs besoins. Certaines de ces alternatives sont mieux connues que d'autres et nous en connaissons, à des degrés divers, l'efficacité et les effets. Mais, il revient aux différentes instances médicales de se pencher sur leur efficacité et leurs effets. L'organisation mondiale de la santé (OMS) rendait publique, en mai dernier, une première stratégie mondiale pour les médecines traditionnelles ou parallèles. Cette organisation constate qu'un nombre croissant de personnes se tournent vers des alternatives à la médecine dans le but de prévenir des problèmes de santé ou d'y pallier. Au cours des prochaines années, nous devrions avoir accès à plus de données sur ces alternatives via des organisations internationales ainsi que nationales. En effet, la faculté de médecine de l'Université Laval se penche sur ces alternatives, notamment sur l'hormonothérapie de remplacement en période de ménopause.

Pour le ministère, il est important de saisir l'ampleur de l'utilisation des médecines alternatives par certaines femmes ainsi que les raisons motivant cette utilisation. Il nous importe de documenter ces alternatives dans le cadre de la ménopause et en comparaison avec les thérapies médicales offertes aux femmes.

- ***Cerner le phénomène de l'utilisation des médecines alternatives du point de vue des femmes en comparaison avec les thérapies médicales, notamment en période entourant la ménopause.***

– Les alternatives à la médecine –

La reproduction humaine et la génétique

Chaque femme en âge de procréer est intimement concernée par les transformations apportées par les technologies de reproduction et par la génétique. En effet, plusieurs interventions, en génétique ou en technologie de reproduction, se réalisent en période périnatale. Par ailleurs, toutes les femmes peuvent être confrontées à l'utilisation de ces technologies, que ce soit pour elles, pour leur partenaire ou pour les personnes dont elles ont la responsabilité.

Le développement de la biologie moléculaire et des recherches sur le génome humain aura un impact sur de multiples problèmes de santé, déterminés ou fortement influencés par notre bagage génétique. Cela nous permettra de mieux cerner un nombre croissant de maladies, de les dépister précocement et, dans certains cas, de repousser leurs stades symptomatiques ou encore, d'intervenir dans le processus de leur développement.

Ces réalités viennent, de plus en plus, mettre en évidence les relations entre plusieurs problèmes de santé, le bagage génétique des individus et leur environnement. Nous assistons d'ailleurs à l'émergence de la génétique des populations et à la création de liens entre génétique et santé publique. À cet égard, divers tests de dépistage génétique, dont celui pour le cancer du sein, sont développés.

Pour leur part, le développement des technologies de reproduction, lorsqu'il est lié à celui de la génétique humaine, questionne l'essence même de la reproduction humaine. Ainsi, bien que ces technologies recèlent de grandes promesses pour le traitement de certaines maladies, elles comportent également des possibilités inquiétantes, notamment pour les femmes. Celles-ci sont, de par leur physiologie, au cœur même de la transmission de la vie. À cause de certaines de ces technologies, les femmes sont maintenant sollicitées pour devenir des porteuses, traitées ou sous médication pour fournir des ovules ou encore pour subir une intervention qui modifiera le processus de développement d'un enfant en devenir. Alors que les impacts de ces interventions sont peu connus, leur constante progression inquiète. Des questionnements, tant sur les aspects médicaux, organisationnels et éthiques s'imposent à la société tout comme aux personnes qui gèrent, planifient et offrent des soins et des services.

- ***Poursuivre les travaux en matière :***
  1. ***de génétique humaine visant à élaborer des orientations ministérielles ;***
  2. ***d'élaboration d'un avis sur les effets du développement des technologies de reproduction pour les femmes.***

– La reproduction humaine et la génétique –

La santé des populations et les transformations des milieux de vie et de l'environnement

Le concept de santé globale, tel que le perçoivent les femmes sensibilisées aux effets de l'environnement sur la santé, interpelle la santé publique afin de maintenir, de renforcer et d'améliorer la qualité de vie des individus. Ces femmes visent le développement de stratégies de promotion de la santé et du bien-être en renforçant les déterminants positifs des personnes et des milieux, en agissant préventivement pour diminuer les risques de détérioration de la santé et pour protéger les personnes et leur environnement. Ce n'est pas surprenant puisque les femmes se sont vues confier, traditionnellement, la responsabilité de veiller à la santé et au bien-être de leurs proches. Aujourd'hui, c'est encore à elles qu'incombe la responsabilité de gérer l'alimentation de la famille ainsi que sa sécurité. Elles se préoccupent de la qualité des aliments et de l'eau ainsi que des conditions de vie et de la salubrité de leur environnement.

La santé publique implique quatre fonctions spécifiques : la promotion, la prévention, la protection de la santé et du bien-être et la surveillance de l'état de sante. Sa première fonction est de pouvoir agir le plus précocement possible, avant l'émergence du problème et de la dégradation des conditions de vie ainsi que de bien-être d'une population ou des sous-groupes partagent certains traits communs. La santé publique doit, en deuxième lieu, renforcer des facteurs de protection et de maintien de la santé et du bien-être, dans toute la population. La santé publique doit aussi intervenir pour détecter précocement les problèmes afin de les contrer. Elle doit par ailleurs agir comme agent de protection de la santé et du bien-être des populations ou de groupes dans une population. Enfin, elle réalise des actions afin de déterminer les problèmes évitables et met en œuvre des stratégies de protection et de surveillance de l'état de santé de la population.

Un des secteurs d'intervention à privilégier en santé publique est le milieu de vie des familles, soit l'habitat et son environnement qui sont souvent propices aux accidents. Jusqu'à maintenant, on a davantage étudié la problématique de la santé et de la sécurité au travail en dehors du foyer. Dans les faits, les blessures représentent une importante cause de limitation des activités des femmes. En effet, selon Statistique Canada, dans la population âgée entre 12 et 45 ans, les femmes subissent le plus de blessures autour de la maison (39 % des blessures comparativement à 26 % pour les hommes du même groupe d'âge).

La stratégie ministérielle d'action prévoit la vigilance quant aux risques pour la santé liés à la qualité de l'eau, de l'air, des aliments. Pour s'inscrire de façon prospective et ainsi favoriser la compréhension des principaux enjeux en matière de santé et de sécurité pour les femmes, il serait intéressant de mieux documenter les liens entre différentes formes de cancer et l'environnement.

- ***Inscrire certaines problématiques liées à la qualité des milieux de vie et à la santé environnementale au Programme national de santé publique.***

  – La santé des populations et les transformations des milieux de vie et de l'environnement –

Conclusion

Conclusion

De tout temps, les femmes ont été préoccupées par les problématiques de santé et de bien-être, que ce soit pour elles ou pour leurs proches et même, plus globalement, pour l'ensemble de la population. Elles s'y sont engagées comme mère, comme aidante, comme travailleuse, comme bénévole pour apporter des soins, du soutien physique et psychologique, de l'entraide et de la compassion. Elles y ont également défendu le droit à la santé et au bien-être, de tout un chacun.

Leur implication a porté fruits et les différents dossiers de santé et de bien-être tiennent de plus en plus compte des besoins exprimés par les femmes. Pensons, à cet égard, à l'engagement ministériel et gouvernemental que s'est donné le Québec au milieu des années 80, dans la problématique de la violence faite aux femmes. Il en va de même pour les activités liées à la périnatalité et à la planification des naissances, qui se sont structurées au cours des années 90.

Nous espérons, avec ce document, faire un pas de plus vers la mise en place de services qui répondront adéquatement aux besoins spécifiques des femmes, indépendamment de leur réalité et de leurs particularités culturelles, de leur limitation fonctionnelle, de leur âge, de leur orientation sexuelle, de leur milieu de vie.

C'est parfois par de petits pas, parfois par d'autres plus grands, que nous améliorerons la santé et le bien-être des femmes et de leurs proches et, par conséquent, de toute la population québécoise. Ainsi, au regard de certaines problématiques, nous amorçons un processus ; dans d'autres, nous le poursuivons. Il est important de s'atteler à ce travail de concert et avec la complicité de l'ensemble des personnes qui sont concernées.

Nous formulons le souhait que ce document nous conduira vers une plus grande égalité des femmes et des hommes dans les divers domaines liés à la santé et au bien-être.

Références bibliographiques

BARNARD, Louise, et autres. *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Régime d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000, Régie de l'assurance maladie du Québec, Québec, 2001, p. 17, 87 p.

BOYER, Ginette, et autres. *Étude des effets de la phase prénatale du Programme Naître égaux - Grandir en santé,* Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 2001, 150 p.

BRETON, Madeleine. *Accentuer la transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au forum sur la santé mentale de septembre 2000,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 52 p.

CLERMONT, Michel. *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles : orientations ministérielles,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 33 p.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

COMITÉ DE PILOTAGE DU PLAN D'ACTION SUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE. *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1998, 46 p.

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE OFFERTS AUX FEMMES. *Écoute-moi quand je parle ! : Rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 114 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations,* Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, 409 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour que le développement du Québec soit inclusif : Commentaires sur les orientations gouvernementales en matière de lutte contre la pauvreté,* Québec, Conseil du statut de la femme, Service des communications, 2001, 50 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes.* Québec, Conseil du statut de la femme, mai 2000, 58 p.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Profil de la pauvreté 1997. Rapport du Conseil national du bien-être social,* Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999, 122 p.

DEMCZUK, Irène, et autres. *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles : une formation en deux volets,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 129 p.

DUNNIGAN, Lise, et Nicole GRAVEL. « Pauvreté, isolement, monoparentalité », dans Huguette Bélanger et Louise Charbonneau (sous la direction de), *La santé des femmes,* Saint-Hyacinthe (Québec), Edisem, 1994, 1142 p.

DUNNIGAN, Lise, et Nicole GRAVEL. *La santé des femmes démunies : Mieux comprendre pour mieux intervenir,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service à la condition féminine, 1992, 76 p.

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA. *Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux chez les femmes canadiennes : Matière à réflexion,* Fondation des maladies du cœur du Canada, 1997, 27 p.

GARANT, Louise, et Mario BOLDUC. *L'aide par les proches : mythes et réalités : Revue de littérature et réflexions sur les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants et aidantes naturels et le lien avec les services formels*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 1990, 157 p.

GENDRON, Sylvie, et Catherine HANKINS. *Prostitution et VIH au Québec : Bilan des connaissances*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses, 1995, 47 p.

GIRARD, Caroline. *Des nouvelles d'elles. Les jeunes femmes du Québec. Document d'information sur les jeunes Québécoises de 15 à 29 ans*, Québec, Conseil du statut de la femme, 2002, 97 p.

GRAVEL, Nicole, Pauline BÉGIN-BROSSEAU et Sylvie MONTREUIL. *Bilan sur les programmes de congé précoce en périnatalité au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1999, 109 p.

GRAVEL, Nicole, et autres. *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation 1999, 74 p.

GROUPE D'APPUI À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE. *Transformation des services de santé mentale : État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 50 p.

GUBERMAN, Nancy, et autres. *Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin éditeur, 1993, 186 p.

GUYON, Louise. *Quand les femmes parlent de leur santé*, Québec, Les Publications du Québec, 1990, 185 p.

GUYON, Louise. *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, Québec, Les Publications du Québec, 1996, 384 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « La santé et le bien-être », 2000, 642 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, et autres. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 50 p.

LABERGE, Suzanne, et autres. *Pour des Québécoises plus actives et en meilleure santé*, Québec, Groupe de travail sur la problématique des femmes et de l'activité physique de Kino-Québec, Secrétariat aux loisirs et aux sports, 2001, 24 p.

LANGLOIS, Anne-Marie. *Démarches d'élaboration des plans d'action régionaux en matière de planification des naissances*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, 1999, 49 p.

LEPAGE, Francine, et Ginette PLAMONDON. *Mémoire du Conseil du statut de la femme à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, Québec, Conseil du statut de la femme, Direction de la recherche et de l'analyse, 2000, 62 p.

Loi no 28 : Projet de loi sur les sages-femmes : L.R.Q., chap. 24. – [Québec] : Éditeur officiel du Québec, 1999. – 23 p.

MAISON D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES IMMIGRANTES DE QUÉBEC. *Dépistage de la violence conjugale chez les femmes immigrantes. Une approche interculturelle*, Québec, 2000, 65 p.

MCDONALD, Lynn, Brooke MOORE et Natalya TIMOSHKINA. *Les travailleuses migrantes du sexe originaires d'Europe de l'Est et de l'ancienne Union soviétique : Le dossier Canadien*, Ottawa, Condition féminine Canada, Direction de la recherche, 2000, 98 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *De l'intégration sociale à la participation sociale : Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux proches*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2001, 111 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *De l'intégration sociale à la participation sociale : Plan d'action de la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux proches*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2001, 33 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, et autres. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, sous la responsabilité du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2001, 90 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2001, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 53 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 4e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 220 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : rapport d'activités des années 1998 et 1999*, Québec, ministère de la Santé et des Service sociaux, 2001, 36 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, et autres. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, coll. « Analyses et surveillance », no 14, 2001, 253 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS : Orientations 2000-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 2000, 36 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bien vivre son orientation sexuelle : les femmes et l'homosexualité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 46 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 1997, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *S'entraider pour la vie : Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles, Guide du participant*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, 1997, 168 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, et autres. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Secrétariat à la condition féminine, ministère de l'Éducation, ministère de la Justice, ministère de la Sécurité publique, Secrétariat à la famille, 1995, 77 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Orientations et perspectives d'action en matière de lutte contre la pauvreté : ne laisser personne de côté !*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001, 35 p.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF. *La politique en matière de condition féminine. Un avenir à partager...*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, gouvernement du Québec, 1993, 173 p.

MOISAN, Marie. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1999, 121 p.

OUIMET, Michèle. « Un métier sans pitié », La presse (Montréal), 12 septembre 2000, p. A1.

PLAMONDON, Ginette. *La prostitution : profession ou exploitation ? Une réflexion à poursuivre*, Québec, Conseil du statut de la femme, 2002, 155 p.

PHILIPPINE WOMEN CENTRE OF B.C. *Le Canada et le mariage des Philippines par correspondance : La nouvelle frontière*, Ottawa, Condition féminine Canada, 2000, 85 p.

ROBICHAUD, Jean-Bernard, et autres. *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : De l'exclusion à l'équité*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin éditeur, Comité de la santé mentale du Québec, 1994, 272 p.

RONDEAU, GILLES, et autres. « Le recours au droit pénal et au système pénal pour régler les problèmes sociaux ». *L'utilisation du système pénal dans les situations de violence conjugale au Québec*, Rapport nº 3, Centre de criminologie comparée, Université de Montréal, 1998, p. 81-145.

SCHAEFER, Carmen, et Lyne MONGEAU. *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*, Montréal (Québec), Collectif action alternative en obésité, 2000, 87 p.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Programme d'action 2000-2003 : L'égalité pour toutes les Québécoises*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, 2000, 162 p.

SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *La jeunesse au cœur du Québec : Politique québécoise de la jeunesse*, Québec, Secrétariat à la jeunesse, 2001, 67 p.

SERVICE À LA CONDITION FÉMININE. *Orientations en matière de condition féminine au ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992-2000*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service à la condition féminine, 1992, 5 p.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la violence envers les femmes, 1993*, Ottawa, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, 1994.

STATISTIQUE CANADA. *Rapports sur la santé : la santé de la population canadienne : Rapport annuel 2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, Division des statistiques sur la santé vol. 12, nº 3, 2001, 65 p.

Le résumé des actions correspondantes aux éléments de la stratégie proposée

OBJECTIF 1 : INTÉGRER LES BESOINS DES FEMMES À LA PLANIFICATION NATIONALE ET RÉGIONALE DES SOINS ET DES SERVICES

L'analyse et l'intégration des besoins

Sensibiliser le personnel de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux et des régies régionales à l'analyse différenciée selon les sexes et développer les formations adéquates.
Responsable : DGAME
Partenaires : Secrétariat à la condition féminine, DG et régies régionales
Échéancier : Décembre 2006

Produire et diffuser deux monographies, réalisées à partir de *l'Enquête sociale et de santé de 1998*, qui traceront un portrait de la santé des Québécoises et des Québécois.
Responsable : DGAME
Partenaires : DGSP, chercheures et chercheurs
Échéancier : Printemps 2003

S'assurer de l'intégration d'une perspective d'analyse différenciée dans le renouvellement de la *Politique de la santé et du bien-être.*
Responsable : DGPSEGI
Partenaire : DGAME
Échéancier : Printemps 2003

Considérer les besoins des femmes au moment de la planification stratégique régionale.
Responsables : Régies régionales
Partenaire : DGCMRR
Échéancier : Décembre 2004

Déterminer les stratégies efficaces auprès des femmes avec des approches :
1. de développement social, au niveau national ;
2. de développement des communautés, au niveau local.

Responsable : DGSP
Partenaires : DSP régionales
Échéancier : Décembre 2003

Assurer le suivi de la représentation équitable des femmes et des hommes dans les diverses structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux.
Responsable : DGSAP
Partenaire : DGAME
Échéancier : Continu

L'égalité des femmes en santé et bien-être

• Les diversités culturelles

Considérer les diverses situations vécues par les femmes des communautés culturelles au moment de la réalisation des politiques, orientations et programmes, dont le renouvellement de la *Politique de la santé et du bien-être.*
Responsable : DGPSEGI
Partenaires : DGSAP, DGAME
Échéancier : Continu

Déterminer les actions pertinentes à entreprendre pour contrer le problème des mutilations génitales féminines.
Responsable : DGAME
Partenaires : Autres ministères
Échéancier : Décembre 2005

À partir de l'état de situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux personnes immigrantes et à celles des communautés ethnoculturelles, relever les actions qui concernent davantage les femmes.
Responsable : DGAME
Partenaire : ACCESSS
Échéancier : Décembre 2006

• Les réalités autochtones

Considérer les diverses situations vécues par les femmes autochtones au moment de la réalisation des politiques, orientations et programmes, dont le renouvellement de la *Politique de la santé et du bien-être.*
Responsable : DGPSEGI
Partenaires : DGSAP, DGAME
Échéancier : Continu

Assurer le suivi de la consolidation des services d'hébergement pour les femmes autochtones victimes de violence ou en difficulté.
Responsable : DGAME
Partenaire : DGSAP
Échéancier : Décembre 2005

• Les limitations fonctionnelles

Au moment de la mise en œuvre des politiques, orientations et plans d'action ministériels, qui sont propres aux services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle, physique ou un trouble envahissant du développement, assurer la prise en compte des besoins des femmes en matière de planification des naissances, de périnatalité et de violence.
Responsable : DGSAP
Partenaires : DGAME, Régies régionales
Échéancier : Continu

• Les orientations sexuelles

Provoquer des changements d'attitudes et de valeurs dans les pratiques professionnelles en poursuivant les formations sur les réalités des personnes homosexuelles et bisexuelles dont les femmes.
Responsable : DGSP
Partenaires : Régies régionales
Échéancier : Continu

Examiner les résultats des recherches sur la santé des femmes bisexuelles et lesbiennes afin d'en dégager des pistes d'intervention.
Responsable : DGAME
Partenaires : DGSAP, DGPSEGI
Échéancier : Décembre 2005

• La pauvreté

Consolider des actions de concertation locale et régionale en sécurité alimentaire.
Responsable : DGSP
Partenaire : Réseau
Échéancier : Décembre 2003

Relever les diverses interventions réalisées dans notre réseau visant à briser l'isolement des femmes immigrantes et réfugiées qui sont hors du marché du travail afin de favoriser leur autonomie et leur intégration.
Responsable : DGAME
Partenaire : ACCESSS
Échéancier : Décembre 2006

OBJECTIF 2 : ADAPTER DES SOINS ET DES SERVICES AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES FEMMES

Le vieillissement

Pour prévenir les incapacités, assurer la mise en œuvre des mesures prévues au *Programme national de santé publique* sur la prévention des maladies, des problèmes sociaux et des traumatismes.
Responsable : DGSP
Partenaires : Régies régionales
Échéancier : Automne 2002

Intégrer les différences entre les femmes âgées et les hommes âgés dans le cadre des différents travaux de mise en œuvre des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie en matière d'intégration des services, d'accès à la gamme de services, de qualité et d'évolution des pratiques, des interventions et des milieux.
Responsable : DGSAP
Partenaires : DGAME, Régies régionales
Échéancier : Continu

La périnatalité

• La promotion de la grossesse en santé et la prévention des problèmes périnatals

Mettre à jour le programme *Naître égaux - Grandir en santé* (NÉ-GS).
Responsable : DGSP
Partenaires : À déterminer
Échéancier : 2004

Poursuivre la mise en œuvre et le suivi du programme *Naître égaux - Grandir en santé* en visant son déploiement sur tout le territoire québécois.
Responsable : DGSP
Partenaires : Régies régionales, CLSC
Échéancier : Continu

• La pratique des sages-femmes

Favoriser l'accessibilité à différents lieux de naissance pour les femmes suivies par les sages-femmes.
Responsable : DGSAP
Partenaires : Régies régionales
Échéancier : Continu

• Les congés précoces

Procéder aux analyses pertinentes des indicateurs de suivi du congé précoce, qui sont inscrits au système d'information sur les clientèles et les services des CLSC, afin de faciliter le réajustement, si nécessaire, des services.
Responsables : DGPSEGI, DGSAP, CLSC
Partenaire : RAMQ
Échéancier : Continu

• La politique de périnatalité

Effectuer des travaux d'évaluation ou des analyses préparatoires à la révision de la *Politique de périnatalité* dans la perspective d'un continuum de services en périnatalité et en petite enfance.
Responsable : DGSAP
Partenaires : DGSP, DGAMU, DGPSEGI, DGAME, Régies régionales
Échéancier : Décembre 2002

La planification des naissances

• La promotion des rapports égalitaires et la prévention des grossesses précoces

Contribuer à la diminution du nombre de grossesses non planifiées par :

1. la promotion de rapports sociaux égalitaires entre les hommes et les femmes dans une campagne de prévention des grossesses à l'adolescence ;
Responsables : Communications, DGASP, DGSP
Partenaires : DGASP, DGSP et DGAME
Échéancier : Décembre 2003

2. l'accessibilité à des services répondant aux besoins des jeunes en matière de contraception et de protection contre les MTS-VIH ;
Responsables : Communications, DGASP, DGSP
Partenaires : DGAME et DGSP
Échéancier : 2004

3. la mise en œuvre d'un nouveau mode d'accès à la pilule contraceptive d'urgence.
Responsables : Communications, DGASP, DGSP
Partenaires : DGAME et DGASP
Échéancier : 2003

• Les services liés
à une grossesse non planifiée

Assurer l'accessibilité et la disponibilité des services nécessaires à une prise de décision éclairée qui soient respectueux de l'intégrité physique et psychologique des femmes.
Responsable : DGSAP
Partenaire : DGAME
Échéancier : 2004

Appuyer les régies régionales dans leur démarche de suivi et d'évaluation des mesures de consolidation des services d'IVG sur leur territoire et procéder à l'évaluation nationale des résultats, à partir des évaluations régionales, des indicateurs d'utilisation des services et du suivi de la mise en œuvre de ces mesures.
Responsables : DGPSEGI, Régies régionales
Partenaire : DGSAP
Échéancier : 2004

Réaliser une étude de faisabilité d'un système d'information sur les IVG pratiquées au Québec et, par la suite, procéder à sa mise en place.
Responsable : DGPSEGI
Partenaires : DGAME, DGSAP et DGSP
Échéancier : 1e étape : 2002, 2e étape : 2004

Tracer un portrait des pratiques actuelles en matière d'IVG ainsi qu'un état des connaissances sur l'évolution des techniques afin de favoriser le recours à celles qui sont les moins invasives.
Responsables : DGSAP, DGAMU
Partenaires : DGPSEGI, Collège des médecins
Échéancier : 2004

La violence conjugale et sexuelle

• La violence conjugale

Élaborer un second plan d'action afin de poursuivre la mise en œuvre des volets liés à la santé et aux services sociaux de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale.*
Ce plan identifiera des actions destinées à :

1. promouvoir les rapports égalitaires entre les sexes, particulièrement chez les jeunes filles et garçons ;
2. soutenir la formation sur le dépistage de la violence conjugale ;
3. assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts aux femmes victimes de violence ;
4. consolider la concertation au sein du réseau et des partenaires intersectoriels et s'assurer de la cohérence des actions entre eux ;
5. veiller à la réalisation de l'évaluation du second plan d'action.

Responsables : DGSAP, DGAME
Partenaires : Régies régionales, Réseau, Organismes communautaires, Comité interministériel
Échéancier : Continu

• La violence sexuelle

Assurer la mise en œuvre des volets liés à la santé et aux services sociaux du plan d'action découlant des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle,* notamment :

1. sensibiliser et informer la population afin de prévenir les agressions sexuelles ;
2. assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts aux victimes ;
3. favoriser la formation adéquate des intervenantes et intervenants ;
4. collaborer à l'évaluation de la mise en œuvre des orientations.

Responsables : Communications, DGSAP, DGPSEGI
Partenaires : DGAME, Participation externe, Régies régionales
Échéancier : 2004 pour la campagne
Continu pour les autres éléments

Les femmes tirant revenu d'activités sexuelles

Assurer la prise en compte des besoins des femmes qui vivent d'activités sexuelles dans la programmation des services en :

1. sensibilisant les instances aux réalités de ces femmes ;
2. encourageant les professionnels de la santé et des services sociaux à faire preuve d'ouverture, de tolérance et de souplesse à leur endroit (ex. : plage horaire sans rendez-vous) ;
3. appuyant diverses modalités de services dans leur milieu de vie (ex. : unité mobile de prévention ou de dépistage).

Responsable : DGSP
Partenaire : Réseau
Échéancier : Décembre 2006

La santé physique

• Les maladies cardiovasculaires

Cibler et adapter les interventions préventives et curatives à réaliser auprès des femmes en encourageant l'utilisation des nouvelles connaissances concernant la spécificité des maladies cardiovasculaires chez ces dernières.
Responsables : DGSP, DGAMU et DGPSEGI
Partenaires : Organismes de subvention
Échéancier : 2004

• Les cancers

Identifier les actions du *Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe* :

1. pour lutter contre le cancer du poumon chez les femmes ;
2. pour lutter contre le cancer du col de l'utérus.

Responsables : DGAMU, DGSP
Partenaire : Réseau
Échéancier : Décembre 2006

Poursuivre l'implantation et le suivi du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein.*
Responsable : DGSP
Partenaires : Régies régionales
Échéancier : Continu

• L'image corporelle

Élaborer et mettre en œuvre des interventions dans les écoles, axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, dont une alimentation adéquate, en tenant compte des différences liées au sexe.
Responsable : DGSP
Partenaires : DSP régionales, CLSC, Écoles
Échéancier : Décembre 2006

Inscrire la problématique de l'image corporelle et de la préoccupation excessive à l'égard du poids au *Programme national de santé publique.*
Responsable : DGSP
Partenaire : DGAME
Échéancier : 2004

Les habitudes de vie

• Le tabagisme

Intensifier la disponibilité des services de soutien à l'arrêt tabagique, entre autres, pour les femmes.
Responsable : DGSP
Partenaires : Régies régionales
Échéancier : Continu

• Les toxicomanies

Réaliser un suivi de l'implantation des activités qui s'adresseront aux femmes, dont les plus âgées, les jeunes et celles qui sont incarcérées, au moment de la mise en œuvre des *Orientations des axes d'intervention et des axes de prévention en toxicomanie.*
Responsable : DGSAP
Partenaires : DGAME, Régies régionales
Échéancier : Continu

• La sédentarité

Réaliser une campagne de communication pour promouvoir l'activité physique en considérant les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes.
Responsable : DGSP
Partenaires : À déterminer
Échéancier : 2004

La santé mentale

Offrir des activités d'acquisition de compétence au personnel travaillant en santé mentale, qui tiennent compte des approches différenciées selon les sexes afin de couvrir adéquatement les besoins.
Responsable : DGSAP
Partenaires : DGAME , Régies régionales
Échéancier : Décembre 2002

Déterminer les indicateurs sexués qui permettront d'assurer le suivi de la transformation des services de santé mentale.
Responsable : DGSAP
Partenaire : DGAME
Échéancier : Décembre 2004

L'évolution de la prestation des services : ses effets sur les principales actrices

• Les travailleuses du réseau

Actualiser les plans d'action des rapports de planification de la main-d'œuvre, en tenant compte, entre autres, des besoins des travailleuses, et assurer les suivis réguliers selon les différents volets.
Responsable : DGPMO
Partenaires : Régies régionales, Syndicats
Échéancier : Continu

Poursuivre les travaux sur l'équité salariale avec les partenaires gouvernementaux et syndicaux.
Responsable : DGPMO
Partenaire : Conseil du trésor
Échéancier : Continu

• L'organisation des soins

Cerner en profondeur les impacts socioéconomiques et organisationnels de la féminisation de la médecine en complétant des travaux de recherche pour comprendre les modèles de pratique médicale des femmes et des hommes.
Responsable : DGAMU
Partenaires : DGAME, DGPSEGI et organismes de subvention
Échéancier : Continu, jusqu'en 2010

Sensibiliser et inciter les instances responsables de la formation médicale à l'importance d'intégrer les éléments d'une analyse différenciée selon le sexe dans le traitement d'une patiente et d'un patient.
Responsable : DGAMU
Partenaire : Réseau universitaire
Échéancier : Décembre 2003

Poursuivre la recherche auprès du personnel soignant de la région de Québec sur les modèles d'organisation du travail.
Responsable : DGPSEGI
Partenaire : Groupe de recherche
Échéancier : Continu

Poursuivre le suivi de la transformation des services en santé physique et des effets de cette transformation sur l'accessibilité et la continuité des services.
Responsable : DGPSEGI
Partenaire : Groupe de recherche
Échéancier : Décembre 2003

• Les proches aidantes

Soutenir la réalité des personnes aidantes en :

1. poursuivant le développement des services à domicile ;
   Responsable : DGPSEGI
   Partenaires : DGSAP , DGAME , Régies régionales
   Échéancier : Continu

2. soutenant la mise en place d'une gamme de services harmonisée dans tous les territoires de CLSC ;
   Responsable : DGPSEGI
   Partenaires : DGSAP , DGAME , Régies régionales
   Échéancier : Continu

3. implantant un outil d'évaluation des besoins des proches aidantes et aidants, commun à tous les CLSC ;
   Responsable : DGPSEGI
   Partenaires : DGSAP , DGAME , Régies régionales
   Échéancier : Décembre 2003

4. rehaussant graduellement l'offre de services aux proches aidantes et aidants.
   Responsable : DGPSEGI
   Partenaires : DGSAP , DGAME , Régies régionales
   Échéancier : Continu

OBJECTIF 3 : AMÉLIORER NOTRE CONNAISSANCE DE LA POPULATION FÉMININE ET DE SES BESOINS

Les jeunes femmes

Documenter le phénomène des comportements et des idées suicidaires chez les jeunes filles en considérant leur orientation sexuelle.
Responsable : DGSAP
Partenaires : DGAME , DGPSEGI, Organismes de subvention
Échéancier : Décembre 2004

Poursuivre les travaux visant à soutenir la mise en place d'interventions de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes de 6 à 17 ans, notamment pour le volet lié au rôle joué par les rapports sociaux dans certains facteurs de protection et de risque chez les jeunes filles.
Responsable : DGAME
Partenaire : INSQ
Échéancier : Décembre 2006

L'exploitation sexuelle

Réaliser une recherche sur les besoins en santé et en matière de services sociaux auprès des femmes vivant d'activités sexuelles et de celles exploitées sexuellement.
Responsables : DGSP et DGPSEGI
Partenaires : DGAME, Organismes de subvention
Échéancier : Décembre 2006

Les alternatives à la médecine

Cerner le phénomène de l'utilisation des médecines alternatives du point de vue des femmes, en comparaison avec les thérapies médicales, notamment en période entourant la ménopause.
Responsable : DGPSEGI
Partenaires : DGAME, Organismes de subvention
Échéancier : 2004

La reproduction humaine et la génétique

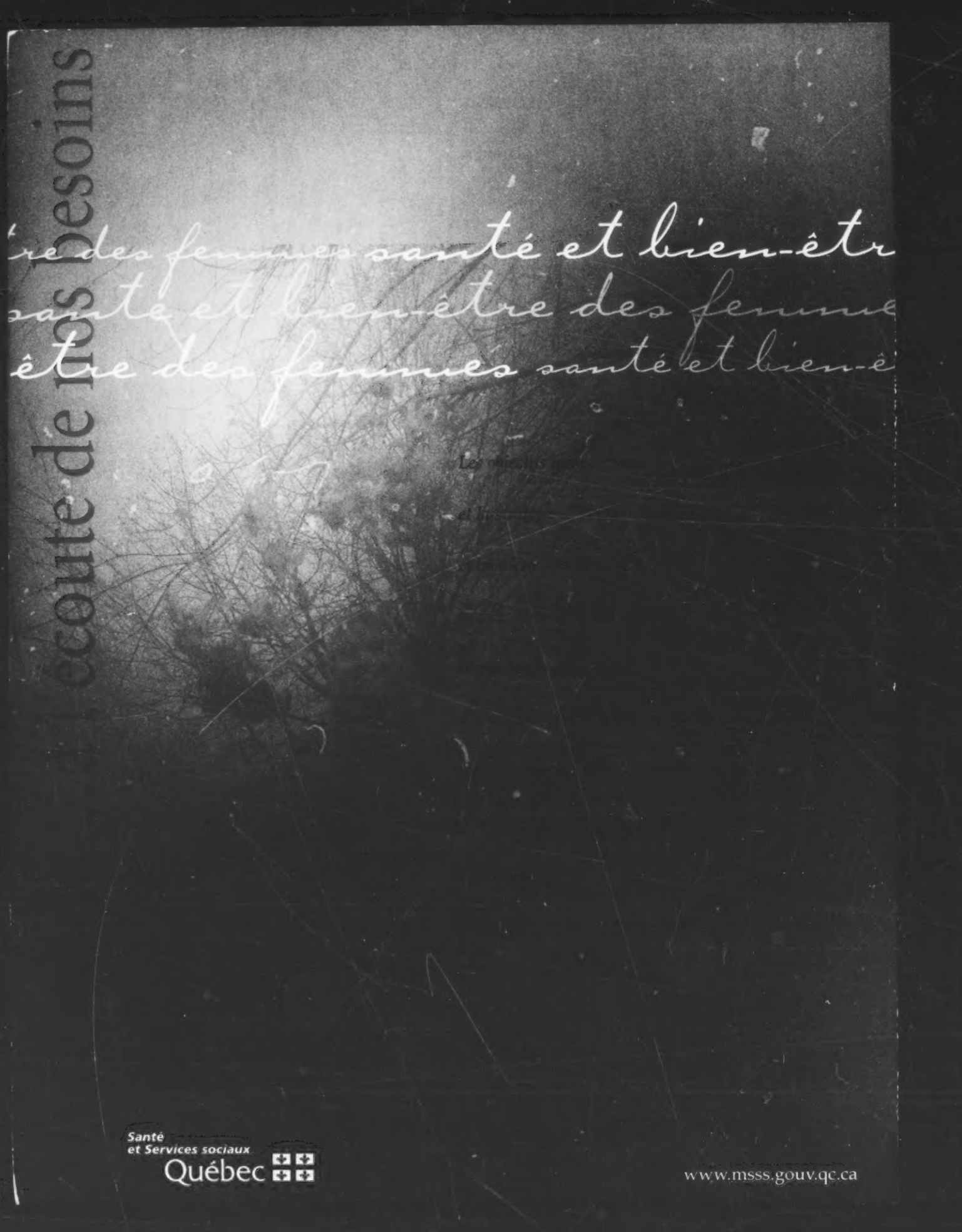
Poursuivre les travaux en matière :

1. de génétique humaine visant à élaborer des orientations ministérielles ;
   Responsable : DGPSEGI
   Partenaires : DGSP, DGSAP, DGAMU, Autres partenaires
   Échéancier : Décembre 2003

2. d'élaboration d'un avis sur les effets du développement des technologies de reproduction pour les femmes.
   Responsable : DGAME
   Partenaires : DGSP, DGSAP, DGAMU, Autres partenaires
   Échéancier : Décembre 2003

La santé des populations et les transformations des milieux de vie et de l'environnement

Inscrire certaines problématiques liées à la qualité des milieux de vie et à la santé environnementale au *Programme national de santé publique*.
Responsable : DGSP
Partenaire : DGAME
Échéancier : Automne 2002


Écoute de nos besoins
santé et bien-être
santé et bien-être des femmes
santé et bien-être des femmes
Santé
et Services sociaux
Québec
www.msss.gouv.qc.ca